

Barcode

Praxisstempel

¹Facharzt für Laboratoriumsmedizin
²Facharzt für Nervenheilkunde

Seite 1/1

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Abnahmedatum	SSW	Kostenträger
<input type="checkbox"/> Patient		<input type="checkbox"/> Patient
<input type="checkbox"/> Praxis		<input type="checkbox"/> Praxis
<input type="checkbox"/> Sonstige		<input type="checkbox"/> Sonstige
Geschlecht		<input type="checkbox"/> weiblich
<input type="checkbox"/> weiblich		<input type="checkbox"/> männlich
<input type="checkbox"/> männlich		
Klinische Angaben / Diagnose		

EDIM-Technologie Bluttest - SELBSTZÄHLER

Leistung	Probe	Preis
Immunphänotypisierung bei Tumorverdacht		
<input type="checkbox"/> TV.TMAAL: Tumormarker (allgemein) SZ 1,15 gestörte Zellproliferation (Apo10, TKTL1)	EDTA	178,94 €
<input type="checkbox"/> TV.TMAPR: Tumormarker (Prostata) SZ 1,15 Verdacht auf Prostatakarzinom (Apo10, TKTL1)	EDTA	178,94 €
Immunphänotypisierung bei Tumorerkrankung		
<input type="checkbox"/> TV.STVO: Vollständiger Tumorstatus Erhebung des vollständigen Tumorstatus (Apo10, TKTL1, LTS)	EDTA	315,87 €
<input type="checkbox"/> TV.TMST1: Tumorstatus Basis SZ 1,15 Basis-Testung (Apo10, TKTL1)	EDTA	178,94 €
<input type="checkbox"/> TV.TMST2: Tumorstatus II Monitoring Therapieverlauf (Apo10, TKTL1, LTS klein)	EDTA	243,02 €
<input type="checkbox"/> TV.TMST3: Tumorstatus III Testung im Rahmen der Nachsorge (Apo10, TKTL1, LTS klein)	EDTA	243,02 €
Immunstatus		
<input type="checkbox"/> TV.LYZST: Lymphozytärer Tumorstatus (LTS) Differenzierung der Immunzellen	EDTA	248,86 €

Hinweis: Wir empfehlen 4 Wochen Abstand zu Chemo- oder Strahlentherapie. Für die Messung muss eine ausreichende Anzahl an Makrophagen im Blut vorhanden sein.

Anamnese

Diagnose:

Staging, Grading,
Erstdiagnose:Bei Fern-Metastasen:
Welche Organe?

Allgemeinzustand:

Sonstige Erkrankungen:

Therapien

Laufende Therapien:

Letzte Chemotherapie am:

Letzte Radiatio am:

Letzte Operation am: Art:

Welche sonstigen Therapien wurden in den letzten 6 Wochen vor Blutentnahme durchgeführt (insbesondere Therapien, die einen Einfluss auf das Immunsystem ausüben, Kortison und Antihistaminika)?

Therapie:

Sonstiges: Nüchtern: Ja Nein Befund auf Englisch

Bitte Blockbuchstaben oder Adressaufkleber verwenden!

KEINE HEFT- UND BÜROKLAMMERN ODER POST-IT'S ANFÜGEN!

Erklärung des Patienten:

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zu den veranlassten Untersuchungen. Ich bin über die Kosten informiert und auf das Recht zur ärztlichen Zweitmeinung hingewiesen worden.

- Als Mitglied der gesetzlichen Krankenkasse ist mir bekannt, dass es sich bei den von mir gewünschten Leistungen um Vorsorgeleistungen handelt, die nicht Bestandteil der ärztlichen Grundversorgung sind. Die Berechnung der Leistungen erfolgt auf der Basis der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Zzgl. zur Leistung wird ein Ersatz von Auslagen gemäß §10GOÄ (3) in Höhe von 5,60 € berechnet. **Gegenüber meiner Krankenkasse habe ich keinerlei Anspruch auf Kostenerstattung der einzelnen Leistungen.** Die Erbringung der labormedizinischen Untersuchungen erfolgt durch biovis' Diagnostik MVZ. **Meine Ärztin / mein Arzt hat mich darüber aufgeklärt.**

Ich bin einverstanden, dass Angaben zu meiner Person zur Leistungserbringung übermittelt werden (Name, Anschrift, Kostenträger, Versicherungsnummer, Geburtsdatum und Geschlecht, ggf. Angaben zu Körpergröße und -gewicht, Anamnese und Medikation), sofern für angeforderte Analysen notwendig. (Verordnung (EU) 2016/679 Art.6 Abs. 1 lit. B). Ich gebe diese Einwilligung freiwillig ab und kann sie jederzeit mit sofortiger Wirkung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen formlos widerrufen. Auch hierüber hat mich meine Ärztin/mein Arzt aufgeklärt.

Datum / Date

Unterschrift / Signature



A B - T V - I G - 0 4