

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

| | |
|------------------------------|-----|
| Abnahmedatum | SSW |
| Klinische Angaben / Diagnose | |

Kostenträger

Patient

Praxis

Sonstige

Geschlecht

weiblich

männlich



...den Menschen im Auge behalten!

Biovis Diagnostik MVZ GmbH

Prof. Dr. med. Burkhard Schütz
Wissenschaftliche Leitung

Dr. med. univ. Vilmos Fux¹
Ärztliche Leitung

Dr. med. Herbert Schmidt¹
Prof. Dr. med. Michael Kramer¹
Prof. Dr. med. Dr. phil. Jörg Kriegsmann²

Brüsseler Straße 18
65552 Limburg-Eschhofen

Tel.: +49 (0) 64 31 / 21 248 - 0
Fax: +49 (0) 64 31 / 21 248 - 66

E-mail: info@biovis.de
Web: www.biovis.de

¹Facharzt für Laboratoriumsmedizin
²Facharzt für Pathologie

ANFORDERUNGSBOGEN

ED-5

EDIM

Barcode oder Praxisstempel

BITTE BLOCKBUCHSTABEN ODER ADRESSAUFKLEBER VERWENDEN!
KEINE HEFT- UND BÜROKLAMMERN ODER POST-IT'S ANFÜGEN!

Hinweis für Expressversand: Proben müssen innerhalb von 24 Stunden im Labor eintreffen!
Versand von Mo. - Do. Bitte keine Proben an Freitagen oder vor Feiertagen einsenden!

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

