

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
Verantwortliche Ärztliche Person Unterschrift / Stempel		



MEDICOVER
DIAGNOSTICS

MVZ Martinsried
www.medicover-diagnostics.de

Interner Barcode des Labors

Geschlecht: ☐ M ☐ W ☐ D ☐ X

SW

Abnahmezeit

Abnahmedatum

Barcode

Diagnose / Symptome

Praxis-Profil	☐ PX01	☐ PX02	☐ PX03	☐ PX04	☐ PX05	☐ PX06	☐ PX07	☐ PX08	☐ PX09	☐ PX010	☐ PX011	☐ PX012
---------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

BASISLABOR

EDTA ☐ großes Blutbild ☐ kleines Blutbild ☐ HbA1c ☐ Retikulozyten	☐ Bilirubin gesamt ☐ Calcium (Ca) ☐ CHE ☐ Chlorid (Cl) ☐ Cholesterin ☐ HDL ☐ LDL ☐ CK ☐ CK-MB ☐ Eisen ☐ Eiweiß-Elektrophorese ☐ Eiweiß gesamt ☐ GGT ☐ GOT ☐ GPT ☐ Harnsäure ☐ Harnstoff	☐ IgA ☐ IgG ☐ IgE ☐ IgM ☐ Kalium (K) ☐ Kreatinin ☐ LDH ☐ Lipase ☐ Magnesium ☐ Natrium (Na) ☐ Phosphat ☐ Transferrin ☐ Transferrin-Sättigung ☐ Triglyceride	URIN & SERUM ☐ Kreatinin-Clearance NaF ☐ Glukose ☐ oGTT
CITRAT ☐ Quick ☐ Quick unter Marcumar ☐ PTT ☐ PTZ			
SERUM VOLLBLUT ☐ Albumin ☐ Amylase ☐ AP ☐ Bilirubin direkt			
		URIN ☐ Kreatinin im Urin	ALLG. PROFILE ☐ OP-Vorbereitung ¹ ☐ Lebergruppe ² ☐ Nierengruppe ³ ☐ Stoffwechsel ⁴ ☐ Check-up ⁵ ☐ Check-up groß ⁶

INFEKTIONSDIAGNOSTIK

HEPATITIS DIAGNOSTIK ☐ HAV IgG S ☐ HAV IgM S ☐ HBc Ak gesamt S ☐ HBc IgM Ak S ☐ HBe Ag S ☐ HBe Antikörper S ☐ HBs Antigen S ☐ HBs-Antigen quant. S ☐ Anti-HBs quant. S ☐ HBV-DNA quant (PCR) EP ☐ HCV Suchtest S ☐ HCV Immunoblot S ☐ HCV RNA quant. (PCR) EP ☐ HCV-Genotypisierung EP ☐ HDV IgG S ☐ HDV RNA quant. (PCR) EP ☐ HEV IgG S ☐ HEV IgM S ☐ HEV RNA quant. (PCR) EP	☐ Hepatitis B/C/D S ☐ Hepatitis A/B/C S ☐ Hepatitis A/B/C/E S HIV DIAGNOSTIK ☐ HIV 1/2 Ag/Ak Suchtest S ☐ HIV Immunoblot S ☐ HIV RNA quant. (PCR) EP ☐ HIV Resistenz (viral/proviral) E PI, NRTI, NNRTI ☐ INHI E	☐ Chlam. psitt. IgG S ☐ Chlam. psitt. IgA S ☐ Chlam. psitt. IgM S ☐ Chlam. pneum. IgG S ☐ Chlam. pneum. IgA S ☐ Chlam. pneum. IgM S ☐ CMV IgG S ☐ CMV IgM S ☐ EBV Serologie ⁷ S ☐ Echinokokken Ak S ☐ Enterovirus IgG S ☐ Enterovirus IgM S ☐ FSME IgG S ☐ FSME IgM S ☐ Hantavirus IgG S ☐ Hantavirus IgM S ☐ Helicobacter pylori IgG S ☐ Helicobacter pylori IgA S ☐ Herpes simp. 1/2 IgG S ☐ Lues Suchtest S ☐ Lues (RPR) S ☐ Lues-Antikörper (quant.) S ☐ Lues IgM Immunoblot S	☐ Malaria dicker Tropfen E ☐ Masern IgG S ☐ Masern IgM S ☐ Mumps IgG S ☐ Mumps IgM S ☐ Parvovirus B19 IgG S ☐ Parvovirus B19 IgM S ☐ Pertussis Toxin IgG S ☐ Q-Fieber (Coxiella burnetii) S ☐ Röteln IgG S ☐ Röteln IgM S ☐ SARS-CoV-2 spike IgG S ☐ TB Quantiferon LH ☐ Toxoplasma IgG S ☐ Toxoplasma IgM S ☐ Tropenviren ⁸ S ☐ VZV IgG S ☐ VZV IgM S ☐ Yersinien IgG S ☐ Yersinien IgA S
HEPATITIS SUCHPROGRAMME ☐ Hepatitis B/C S			

IMPFTITER

☐ Tetanus	S	☐ Chlam. trach. DNA	U
☐ Diphtherie	S	☐ Röteln IgG	S
☐ Hepatitis A	S	☐ Röteln IgM	S
☐ Hepatitis B	S	☐ HIV 1/2 Ag/Ak Suchtest	S
☐ Masern	S	☐ Lues-Suchtest	S
☐ Mumps	S	☐ CMV IgG	S
☐ Röteln	S	☐ CMV IgM	S
☐ VZV	S	☐ Toxoplasma IgG	S
☐ FSME	S	☐ Toxoplasma IgM	S
☐ SARS-CoV-2 spike IgG	S	☐ Parvovirus B19 IgG	S
☐ Pertussis	S	☐ Parvovirus B19 IgM	S
		☐ Beta-HCG	S

MUTTERSCHATSVORSORGE

☐ Blutgruppe	E*	<i>B-Streptokokken bitte über Bak. Schein anfordern.</i>
☐ Antikörpersuchtest	E*	<i>Ersttrimesterscreening o. NIPD bitte über spez. Schein anfordern</i>
☐ HBs-Antigen	S	

PCR

☐ Adenovirus	A / ST	☐ Rhino-/Enterovirus RNA	A
☐ B. paraptussis DNA	A	☐ RSV RNA	A
☐ B. pertussis DNA	A	☐ Treponema-pallidum DNA	A
☐ Chlam. pneum. DNA	A	☐ Trichomonas vag. DNA	A
☐ Chlam. trach. DNA	A / U	☐ Ureapl. parvum DNA	A
☐ HIV RNA	EP	☐ Ureapl. urealyticum DNA	A
☐ HPV high risk DNA	A		
☐ HSV DNA	A		
☐ Influenza A/B RNA	A		
☐ Legionella pneumo. DNA	A		
☐ Mycoplasma gen. DNA	A		
☐ Mycoplasma hom. DNA	A		
☐ Mycoplasma pneum. DNA	A		
☐ Neisseria gon. DNA	A / U		
☐ Parvovirus B19 DNA	EP		

HORMONE

☐ Hormonstatus Frau ⁹	S	☐ Cortisol	S	☐ IGF-1	S	☐ Renin	EPG
☐ Hormonstatus Mann ¹⁰	S	☐ DHEA	S	☐ Inhibin B	S	☐ SHBG	S
		☐ DHEA-Sulfat	S	☐ LH	S	☐ Testosteron	S
☐ ACTH	EPG	☐ DHT	S	☐ Östradiol	S	☐ Testosteron frei	S
☐ Aldosteron	EPG	☐ FSH	S	☐ Parathormon	S	☐ Testosteron bioverfügbar	S
☐ Androstendion	S	☐ FT3	S	☐ Progesteron	S	☐ TSH	S
☐ AMH	S	☐ FT4	S	☐ 17-OH-Progesteron	S		
☐ Beta-HCG	S	☐ HGH (Somatotropin)	S	☐ Prolaktin	S		

ANFORDERUNGEN IN ALPHABETISCHER REIHENFOLGE

☐ 1,25-OH-Vitamin	S	☐ C-ANCA	S	☐ Folsäure	S	☐ Kupfer	S
☐ 7-OH-Progesteron	S	☐ Cardiolipin IgG	S	☐ freie Kappa-Ketten	S	☐ Leber IgG Lineblot	S
☐ ACTH	EPG	☐ Cardiolipin IgM	S	☐ freie Lambda-Ketten	S	☐ Lebercytosol (LC-1)	S
☐ AFP	S	☐ CCP-AK	S	☐ freies Protein S	CP	☐ LH	S
☐ Albumin i. Urin	U	☐ CEA	S	☐ freies PSA	S	☐ Lipoprotein a	S
☐ Aldosteron	EPG	☐ Chlorid i. Urin	U	☐ FSH	S	☐ LKM (IFT)	S
☐ Alpha-1-Antitrypsin	S	☐ Chromogranin A (CGA)	S	☐ FT3	S	☐ LKM-1 Antikörper	S
☐ AMA	S	☐ Cortisol	S	☐ FT4	S	☐ Lupus Antikoagulans	CG
☐ AMA M2 quant.	S	☐ CRP quantitativ	S	☐ Gewebstransgl. IgA	S	☐ MPO Ak quant.	S
☐ ANA	S	☐ CRP high sensitiv	S	☐ Gewebstransgl. IgG	S	☐ Myositis Lineblot	S
☐ Androstendion	S	☐ Cystatin C	S	☐ Gliadin IgA quant.	S	☐ NT-proBNP	S
☐ AMH	S	☐ D-Dimere	CP	☐ Gliadin IgG quant.	S	☐ Osmolalität	S
☐ ASL quant	S	☐ DFS70 AAK	S	☐ Glom. Basalmem.-AAk	S	☐ Osteocalcin	S
☐ AT III	CP	☐ DHEA	S	☐ Haptoglobin	S	☐ Östradiol	S
☐ Anti-Xa	CP	☐ DHEA-Sulfat	S	☐ HB-Differenzierung	E	☐ P1NP	S
☐ APC Resistenztest	CP	☐ DHT	S	☐ Holotranscobalamin	S	☐ P-ANCA	S
☐ Beta-2-Glykoprotein IgG	S	☐ dsDNS Ak (Crithidia IFT)	S	☐ Homocystein	SG	☐ Parathormon	S
☐ Beta-2-Glykoprotein IgM	S	☐ dsDNS Ak (FEIA)	S	☐ iFoBT	STS	☐ Parietalzell Ak	S
☐ Beta-Cross Laps	S	☐ Eiweiß im Urin (quant.)	U	☐ Immuntypisierung	S	☐ Progesteron	S
☐ Beta-HCG	S	☐ ENA-Screening	S	☐ Inhibin B	S	☐ Prolaktin	S
☐ Blutgruppe	E*	☐ Faktor VIII Aktivität	CP	☐ Insulin	S	☐ Protein C	CP
☐ CA 125	S	☐ Faktor IX Aktivität	CP	☐ Intrinsic-Faktor Ak	S	☐ Proteinase-3 Ak	S
☐ CA 15-3	S	☐ Faktor XII Aktivität	CP	☐ Jo-1 Ak quant.	S	☐ PSA	S
☐ CA 19-9	S	☐ Faktor XIII Aktivität	CP	☐ Knochen AP	S	☐ Renin	EPG
☐ Calcitonin	SG	☐ Ferritin	S	☐ Komplement C3	S	☐ Rheumafaktor	S
☐ Calcium i. Urin	U	☐ Fibrinogen	CP	☐ Komplement C4	S	☐ Rheumafaktor IgA	S

☐ Rheumafaktor IgM	S	☐ SS-B/La Ak quant.	S	☐ Vitamin B12	S
☐ RNP70 Ak quant.	S	☐ TBC-Quantiferon-Test	LH	☐ Vitamin D3 25-OH	S
☐ MAK (anti-TPO)	S	☐ Testosteron	S	☐ Zentromer-Ak	S
☐ Scl-70 Ak quant.	S	☐ Thyreoglobulin (hTG)	S		
☐ Serum-Amyloid A (SAA)	S	☐ Thyreoglobulin-Ak (TAK)	S		
☐ SHBG	S	☐ Troponin T	S		
☐ Sklerodermie-Profil (Blot)	S	☐ TSH	S		
☐ SmD Ak quant.	S	☐ TSH-Rezeptor-Ak (TRAK)	S		
☐ Somatomedin C (IGF-1)	S	☐ U1-snRNP Ak quant.	S		
☐ Somatotropin (HGH)	S	☐ Urinsediment	U		
☐ SS-A (Ro) Ak quant.	S	☐ Urinstatus (Teststreifen)	U		

Bitte separates EDTA Röhrchen für Genetik bzw. Blutgruppe

Genetik*

☐ Alkohol-Intoleranz	E	☐ Hämoglobinopathien	E
☐ Alpha-1-Antitrypsinmangel	E	☐ HLA-B27	E
☐ Faktor II (Thrombophilie)	E	☐ Hyper-Homocysteinämie	E
☐ Faktor V Leiden (Thrombophilie)	E	☐ Laktoseintoleranz	E
☐ Faktor VIII (Hämophilie)	E	☐ M. Meulengracht (Hyperbilirubinämie)	E
☐ Faktor IX (Hämophilie)	E	☐ M. Wilson (Kupferspeicherkrankheit)	E
☐ Fructoseintoleranz (hereditär)	E	☐ Zöliakie (Risikoeinschätzung)	E
☐ Hämochromatose	E		

ZUSÄTZLICHE ANFORDERUNGEN

☐ _____

☐ _____

UNTERSCHRIFT

* Einwilligungserklärung gemäß Gendiagnostikgesetz (GenDG)

Nach einer ausführlichen Beratung und ausreichender Bedenkzeit stimme ich der/den oben markierten Untersuchung(en) sowie der dafür erforderlichen Probenentnahme auf Grundlage des GenDG zu. Mit der Aufbewahrung der Probe und der Untersuchungsergebnisse innerhalb der gesetzlichen Vorgaben bin ich einverstanden.

Auf mein Recht auf Nicht-Wissen wurde ich hingewiesen. Ich wurde ferner darauf hingewiesen, dass ich meine Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen ganz oder teilweise zurückziehen kann und dass ich die bis zum Zeitpunkt des Widerspruchs entstandenen Kosten in vollem Umfang übernehme.

Ort, Datum

Unterschrift Patient:in / gesetzlicher Vertreter

Unterschrift verantwortliche Ärztliche Person

KOSTENÜBERNAHMEERKLÄRUNG – IGeL (INDIVIDUELLE GESUNDHEITSLEISTUNG)

Es ist mir bekannt, dass meine gesetzliche Krankenkasse eine im Sinne des Gesetzes ausreichende Behandlung gewährt. Mir ist bekannt, dass für diese Leistung gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen kein Erstattungsanspruch besteht. Ich beauftrage dennoch die oben genannten Leistungen. Hiermit bestätige ich die Kostenübernahme der beauftragten Leistungen, gegebenenfalls zuzüglich Auslagen nach §10 GOÄ.

Unser Abrechnungs-Team steht Ihnen bei Fragen jederzeit zur Verfügung: info@medicover-diagnostics.de.

Ort, Datum

Unterschrift Patient:in oder gesetzliche:r Vertreter:in

Legende:

A=Abstrich, CP=Citrat Plasma, CPG=CP gefroren, E=EDTA, EBG=EDTA gefroren, EP=EDTA-Plasma, EPG=EDTA-Plasma gefroren, LH=Lithium-Heparin, P=Punktat, S=Serum, SG=Serum gefroren, STS=Stuhlprobe im iFoBT-Abnahmsystem, U=Urin

E* Das EDTA-Röhrchen ist eindeutig mit Name, Vorname und Geburtsdatum zu kennzeichnen

¹ Glucose, Kreatinin, Natrium, Kalium, GGT, Kl. Blutbild, Quick, PTT, GPT

² AP, GOT, GPT, GGT, Bilirubin

³ Harnstoff, Kreatinin, Harnsäure, Natrium, Kalium, Calcium, Phosphat

⁴ Cholesterin, Triglyceride, HDL, LDL, Harnsäure, Glucose, Kreatinin

⁵ Kl. Blutbild, AP, Cholesterin, Triglyceride, Glucose, Eisen, GGT, GPT, Harnsäure, Kreatinin, Natrium, Kalium, Calcium, Eiweiß-Elektrophorese, Gesamt-Eiweiß

⁶ Gr. Blutbild, AP, Cholesterin, HDL, LDL, Triglyceride, Glucose, Eisen, GGT, GPT, GOT, Harnsäure, Kreatinin, Natrium, Kalium, Calcium, Gesamt-Eiweiß, Eiweiß-Elektrophorese, IgG, IgA, IgM

⁷ VCA-IgG, VCA-IgM, EA-IgG, EBNA-IgG

⁸ Dengue-, Chikungunya-, Zika-IgG, -IgM

⁹ FSH, LH, Oestradiol, Progesteron, Testosteron, TSH, DHEAS

¹⁰ DHEAS, Oestradiol, SHBG, Testosteron, TSH