

Anforderungsschein 1

Neurale Antikörper / Nerv- und Muskel-Antikörper

Siemensstraße 40 Tel. 05222 8076-259
 32105 Bad Salzuffeln Fax 05222 8076-39259
 neuro.laborkrone.de neuroak@laborkrone.de

männlich weiblich
 divers unbestimmt

schwanger SSW/SST: W W T

Abnahmedatum Abnahmezeit



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

Privat stationär Privat ambulant GKV ambulant **nur** mit Befundkopie an Patient/in Fax
 GKV stationär IGeL Ü-Schein Muster 10 Nachanforderung

Bitte beachten Sie die Hinweise zur Abrechnung auf der Rückseite.

Einsender [Praxis/Klinik, Name, Adresse etc.]

Stempel und Unterschrift

Weitere Anforderungen

Patienteninformationen

Enzephalitis Kognitive/psychische Störungen Epilepsie Kleinhirnsyndrom
 Schlafstörung Polyneuropathie/Immunneuropathie NMOSS, MOGAD, ADEM, Optikusneuritis, Myelitis Andere Diagnose

Klinische Angaben/Befunde (Liquor, MRT):

Datum Erkrankungsbeginn

Verlaufskontrolle bekannter Antikörper

S-L S L

Autoimmunenzephalitis / Übererregbarkeitssyndrom (z. B. Stiff-person, Neuromyotonie), Bewegungsstörungen / Post-Herpes-Enzephalitis

<p><input type="checkbox"/> S-L <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> L Standardprogramm</p> <p><input type="checkbox"/> S-L <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> L Zellbasierter Assay (IIF): AK gegen LGI1, CASPR2, NMDAR, GlyR, IgLON5, AMPAR1/2, GABABR, GABAAR, GAD65, DPPX, mGluR5, mGluR1</p> <p><input type="checkbox"/> S-L <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> L Immunblot: AK gegen Hu, Ma2/Ta, Ri, Yo, SOX1, CV2, DNER/Tr, Zic4, Amphiphysin, Recoverin, Titin</p> <p><input type="checkbox"/> S-L <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> L Gewebebasierter Assay (IIF auf Maushirn): Onkoneurale AK, AK gegen: Neuropil, ANNA3, Purkinjezellen, GAD65, GFAP, Adenylatkinase-5, Neurexin 3-α, PCA-2, NIF, KCNA2</p>	<p><input type="checkbox"/> S-L <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> L MOG-AK [Live-Cell-Assay]</p> <p><input type="checkbox"/> S-L <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> L GFAP-AK [zellbasierter Assay, IIF auf Maushirn]</p> <p><input type="checkbox"/> S-L <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> L VGKC-AK [spannungsabhängige Kalium-Kanäle]-Komplex-AK [RIA]</p> <p><input type="checkbox"/> S-L <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> L Adenylatkinase-5-AK [zellbasierter Assay]*</p> <p><input type="checkbox"/> S-L <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> L KLHL11 [zellbasierter Assay]*</p>
---	--

Hirnstammenzephalitis

S-L **S** **L** **Standardprogramm** [zellbasierter Assay, Immunblot, gewebebasierter Assay, siehe oben]

S-L **S** **L** GQ1b, GM1, GD1b AK **IgG** [Immunblot]

S-L **S** **L** GQ1b, GM1, GD1b AK **IgM** [Immunblot]

S-L **S** **L** MOG-AK [Live-Cell-Assay]

S-L **S** **L** Aquaporin 4-AK [zellbasierter Assay]*

S-L **S** **L** KLHL11 [zellbasierter Assay]*

Autoimmunes cerebelläres Syndrom

S-L **S** **L** **Standardprogramm** [zellbasierter Assay, Immunblot, gewebebasierter Assay, siehe oben]

S-L **S** **L** VGCC-AK, **PQ-Typ** [RIA]

S-L **S** **L** VGCC-AK, **N-Typ** [RIA]

S-L **S** **L** KLHL11 [zellbasierter Assay]*

S-L **S** **L** Seltene Purkinjezell- und Kleinhirnantikörper: Homer 3, ITPR1, ARHGAP26, Neurochondrin [zellbasierter Assay]*

Polyneuropathie / Immunneuropathie / Ganglionopathie

S-L **S** **L** GQ1b, GM1, GM2, GM3, GD1a, GD1b, GT1b AK **IgG** [Immunblot]

S-L **S** **L** GQ1b, GM1, GM2, GM3, GD1a, GD1b, GT1b AK **IgM** [Immunblot]

S-L **S** **L** MAG-AK IgM [ELISA]

S-L **S** **L** Hu, Ma2/Ta, Ri, Yo, SOX1, CV2, DNER/Tr, Zic4, Amphiphysin, Recoverin, Titin AK IgG [Immunblot]*

S-L **S** **L** AK gegen nodale/paranodale Antigene: CNTN1/CASPR1, CNTN1, Neurofascin 155, Neurofascin 186 [zellbasierter Assay]*

S-L **S** **L** LGI1-AK, CASPR2-AK [zellbasierter Assay]*

S-L **S** **L** PCA-2 [MAP1B]-AK [IIF auf Maushirn]

S-L **S** **L** **Ganglionäre** nikotinische Acetylcholinrezeptor-AK [RIA]

Anti-NMDA-Rezeptor-Enzephalitis

S-L **S** **L** NMDAR-AK [zellbasierter Assay]*

NMOSS, MOGAD, ADEM, Optikusneuritis, Myelitis

S-L **S** **L** Aquaporin 4-AK [zellbasierter Assay]*

S-L **S** **L** MOG-AK [Live-Cell-Assay]

S-L **S** **L** GFAP-AK [zellbasierter Assay, IIF auf Maushirn]

S-L **S** **L** Hu, Ma2/Ta, Ri, Yo, SOX1, CV2, DNER/Tr, Zic4, Amphiphysin, Recoverin, Titin AK IgG [Immunblot]*

Myasthenie Syndrome (Myasthenia gravis, Lambert-Eaton-Syndrom)

S-L **S** **L** AChR [**Muskuläre** nikotinische Acetylcholinrezeptor]-AK [RIA]

S-L **S** **L** MuSK-AK [RIA]

S-L **S** **L** LRP4-AK [zellbasierter Assay]

S-L **S** **L** Titin-AK [Immunblot]

S-L **S** **L** VGCC-AK, **PQ-Typ** [RIA]

S-L **S** **L** VGCC-AK, **N-Typ** [RIA]

S-L **S** **L** SOX1-AK [Immunblot]*

Chronische Epilepsie (> 2 Jahre)

S-L **S** **L** AK gegen LGI1, CASPR2, GAD65 [zellbasierter Assay]*

Myositis

S-L **S** **L** Mi-2a, Mi-2b, TIF1g, MDA5, NXP2, SAE1, Ku [86, 72], PM100, PM75, Jo-1, SRP, PL-7, PL-12, E3, D3, Ro52, HMGCR, cN-1A AK IgG [Immunblot]

S-L **S** **L** KS, Ha, Zo AK IgG [Immunblot]

*Falls positiv: IIF auf Maushirn



Erläuterungen zum Anforderungsschein

Achten Sie darauf, auf dem Neurodiagnostikum-Anforderungsschein 1 das Feld »Einsender« mit Ihrem Praxisstempel zu versehen und sowohl auf dem Schein als auch auf der Probe den Patientennamen zu vermerken. Einsender, die bereits mit dem Barcodeheft des Labor Krone arbeiten, können dies wie gewohnt nutzen.

Abrechnungsarten

Privat ambulant	Abrechnung nach GOÄ für Privatversicherte. Rechnung erfolgt an den/die Patient/-in.
Privat stationär	Abrechnung nach GOÄ für Privatversicherte. Rechnung erfolgt an den/die Patient/-in.
IGeL – Rechnung an Patient/-in	Abrechnung nach GOÄ für GKV-Versicherte. Rechnung erfolgt an den/die Patient/-in.
Gesetzlich versichert – stationär	Abrechnung nach GOÄ für GKV-Versicherte. Rechnung erfolgt an den Einsender.
Gesetzlich versichert – ambulant	Abrechnung nach EBM für GKV-Versicherte. Bitte Anforderung mit Überweisungsschein Muster 10.

IGeL

Patientenvereinbarung über privatärztliche Abrechnung von medizinischen Leistungen außerhalb der Erstattungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung (IGeL)

Als Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse möchte ich die umseitig angeforderte(n), privatärztliche(n) Laboranalyse(n) in Anspruch nehmen. Mir ist bekannt, dass diese von mir gewünschte(n) ärztliche(n) Leistung(en) in meinem Fall nicht von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen wird/werden. Ich werde die Kosten [Abrechnung nach der Gebührenordnung für Ärzte [GOÄ] nach aktuellem Stand] selbst tragen. Gleiches gilt für die bei meinem behandelnden Arzt anfallenden Kosten. Mir ist ferner bekannt, dass für meine Krankenkasse keine Verpflichtung besteht, die Kosten ganz oder anteilig zu übernehmen.

IGeL [Rechnung an Patient/-in]

Datum

Unterschrift der Patientin / des Patienten

Sprechstunde neurale Antikörper

Dr. med. Corinna Bien / Prof. Dr. med. Christian Bien
Montags bis freitags 11.00 Uhr bis 12.00 Uhr
Tel. +49(0)5222 8076-300

Datenschutzhinweise

Verantwortlich für die Datenverarbeitung nach DSGVO ist die MVZ Labor Krone eGmbH, Siemensstraße 40, 32105 Bad Salzuflen. Unseren Datenschutzbeauftragten erreichen Sie unter datenschutz@laborkrone.de. Die Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung Ihrer Daten sind die Erfüllung von Verträgen, die Wahrung des berechtigten Interesses, Ihre Einwilligung sowie die Erfüllung rechtlicher Verpflichtungen. Die Datenverarbeitung erfolgt zur Erbringung der angeforderten Laboranalysen. Verarbeitet werden u. a. personenbezogene Daten wie Name, Geburtsdatum, Geschlecht, Anschrift, Krankenversicherungsdaten, Abrechnungsart, ggf. Bankverbindung, anamnestische Daten, [Verdachts-] Diagnose sowie zu untersuchende Parameter, die uns übermittelt werden. Wir erhalten Ihre Daten über den von Arzt/Klinik/Labor übersandte Laboranforderungsschein mit den entsprechenden Angaben. Es gelten gesetzliche Aufbewahrungsfristen für die Speicherung Ihrer Daten (mind. 10 Jahre). Wenn Sie von Ihrem Recht auf Auskunft/Löschung/Berichtigung/Widerspruch/Einschränkung der Verarbeitung Gebrauch machen möchten, kontaktieren Sie uns bitte (datenschutz@laborkrone.de). Einwilligungen können jederzeit mit zukünftiger Wirkung widerrufen werden. Sie haben darüber hinaus ein Beschwerderecht bei einer Aufsichtsbehörde. Alle Details zur Datenverarbeitung, zu Ihren Rechten und Pflichten entnehmen Sie bitte der detaillierten Datenschutzerklärung auf unserer Webseite: <https://www.laborkrone.de/datenschutzerklaerung/>