

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr.

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Anforderungsschein 2

Liquordiagnostik

und Medikamentenspiegel

☐ männlich

☐ weiblich

☐ divers

☐ unbestimmt

☐ schwanger SSW/SST:

W

W

T

Abnahmedatum

Abnahmezeit

Siemensstraße 40

Tel. 05222 8076-259

32105 Bad Salzufen

Fax 05222 8076-39259

neuro.laborkrone.de

neuroak@laborkrone.de



☐ 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



Klinische Fragestellung / Symptome

Individuelle Profile

☐ Profil 1

☐ Profil 4

☐ Profil 7

☐ Profil 2

☐ Profil 5

☐ Profil 8

☐ Profil 3

☐ Profil 6

☐ Profil 9

Profile können einsenderspezifisch

konfiguriert werden.

Liquor

Akutdiagnostik

☐ Erythrozyten

☐ Ferritin

☐ Gesamteiweiß

☐ Glucose

☐ Lactat

☐ Zelldifferenzierung

L

L

L

L

L

L

Basisdiagnostik

☐ Reiber Diagnostik

☐ IgG-Quotient

☐ IgA-Quotient

☐ IgM-Quotient

☐ inkl. Albumin-Quotient

☐ Oligoklonale Banden

☐ MRZ-Reaktion [Masernvirus, Rötelnvirus, VZV]

L+S

L+S

L+S

L+S

L+S

L+S

Neurodegenerative Erkrankungen

☐ Demenzmarker [Beta-Amyloid 1-42, Beta-Amyloid 1-40, Tau-Protein, Phospho-Tau-Protein]

☐ Neurofilamente [pNfH]

☐ Neurofilamente [NfL]

☐ Protein 14-3-3

L

L

S

L

Sonstige Analysen

☐ CXCL13

☐ Kappa-FLC-Index inkl. Albumin-Quotient

☐ Beta-2-Transferrin

☐ Löslicher IL-2-Rezeptor

☐ Löslicher IL-2-Rezeptor

☐ Lysozym

☐ Lysozym

L

L+S

N/OS

L

S

L

S

Infektionsdiagnostik

Indirekter Erreger-Nachweis

☐ Adenoviren

☐ Borrelien

☐ Brucellen

☐ CMV

☐ EBV

☐ Enteroviren

☐ FSME

☐ HSV Typ 1/2

☐ Masernvirus

☐ Mumpsvirus

L+S

L+S

L+S

L+S

L+S

L+S

L+S

L+S

L+S

L+S

Indirekter Erreger-Nachweis

☐ Neurolues /Lues

☐ TPPA

☐ FTA-Abs-IgM

☐ VDRL

☐ Rötelnvirus

☐ VZV

L+S

L+S

L+S

L+S

L+S

L+S

Direkter Erreger-Nachweis PCR

☐ Adenoviren DNA

☐ BKV DNA

☐ B. burgdorferi DNA

☐ CMV DNA

L

L

L

L

Medikamentenspiegel

Anfallssuppressiva I

☐ 10-OH-Carbamazepin

☐ Brivarecetam

☐ Brom /Kaliumbromid

☐ Cannabidiol

☐ Carbamazepin

☐ Cenobamat

☐ Ethosuximid

☐ Felbamat

☐ Fenfluramin/Norfenfluramin

☐ Gabapentin

☐ Lacosamid

☐ Lamotrigin

☐ Levetiracetam

S

S

S

S

S

S

S

S

S

S

S/DB

S/DB

S/DB

Anfallssuppressiva II

☐ N-Desmethylnesuximid

☐ Perampanel

☐ Phenobarbital

☐ Phenytoin

☐ Pregabalin

☐ Primidon

☐ Rufinamid

☐ Stiripentol

☐ Sultiam

☐ Topiramate

☐ Valproinsäure

☐ Valproinsäure, freier Anteil

☐ Vigabatrin

☐ Zonisamid

S

S

S

S

S

S

S

S

S

S

S

S

S

Benzodiazepine

☐ Bromazepam

☐ Clobazam /DM-Clobazam

☐ Clonazepam

☐ Diazepam /Nordiazepam

☐ Lorazepam

☐ Midazolam

☐ Oxazepam

S

S

S

S

S

S

S

Antidepressiva

☐ Citalopram

☐ Duloxetine

☐ Fluoxetin /Norfluoxetin

☐ Mirtazapin

☐ Paroxetin

☐ Sertralin

☐ Venlafaxin /ODM-Venlafaxin

S

S

S

S

S

S

S

Neuroleptika

☐ Amisulprid

☐ Aripiprazol /Dehydroaripiprazol

☐ Clozapin /DM-Clozapin

☐ Flupentixol

☐ Haloperidol

☐ Olanzapin

☐ Promethazin

☐ Quetiapin /Norquetiapin

☐ Risperidon /9-OH-Risperidon

S

S

S

S

S

S

S

S

S

Immunsuppressiva

☐ Cyclosporin A

☐ Everolimus

☐ Mycophenolat

☐ Sirolimus

☐ Tacrolimus

EB

EB

EPL

EB

EB

Erläuterungen zum Anforderungsschein

Achten Sie darauf, auf dem Anforderungsschein Neurologie 2 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

Datenschutzhinweise

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist die MVZ Labor Krone GmbH, 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 [mindestens 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/>