

Krankenkasse

Name, Vorname des Versicherten

Anschrift geb. am

Pat.Nr (LABOR)

Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status

Vertragsarzt-Nr. VK gültig bis Datum

EINSENDERSTEMPEL

RECHNUNG AN

Privatpatient (50)

Selbstzahler (64)

Datum: _____

Unterschrift liegt in der Praxis vor Tel.Nr. Patient: _____

Diagnose/Wichtige Angaben

Zusätzliche Untersuchungen

DENTALDIAGNOSTIK

MVZ Labor Bavariahaus

Postfach 310165 • 80102 München • info@lab4more.de • www.lab4more.de

Telefon: +49 (0) 89 54 32 17 - 0 • Telefax: +49 (0) 89 54 32 17 - 55

Lab4dent

Barcode-Labor

Bogen 5

PATIENTENVEREINBARUNG

Die Erklärung zur Erhebung/Übermittlung meiner Patientendaten auf Seite 2 (Stand 08/2018 V2) habe ich gelesen, verstanden und akzeptiert.

Hiermit erkläre ich meine Einwilligung zu den veranlassten Untersuchungen, sowie der Erstellung eines Sonderbefundes zu diesen Laborwerten (ohne zusätzliche Kosten) durch die Lab4more GmbH. Die Liquidation für diese Leistungen erfolgt auf der Grundlage der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zuzüglich einer Material- und Versandkostenpauschale nach § 10 GOÄ.

Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass meine Krankenkasse verschiedene Leistungen nicht oder nur teilweise übernehmen kann; in diesen Fall verpflichte ich mich dennoch, den Gesamtbetrag auszugleichen.

Datum: _____ Unterschrift Patient/in: _____

Unterschrift liegt in der Praxis vor Tel.Nr. Patient: _____

AUFTRÄGE OHNE UNTERSCHRIFT KÖNNEN NICHT BEARBEITET WERDEN

- Erstuntersuchung (181) Abnahmedatum _____
- Kontrolle (182) Größe (cm) (171) _____
- Ohne Befundinterpretation (183) Gewicht (kg) (173) _____
- Unverträglichkeitspass (175) BMI (173) _____
- Männlich
- Weiblich

Achtung: **GDG!** (GenDiagnostikGesetz) siehe Rückseite

INDIVIDUELLE PROFILE

P01 P02 P03 P04

WERKSTOFFUNVERTRÄGLICHKEIT 24h

CYRA®-DENTALWERKSTOFFE

IL2, IFN γ , IL10, TNF α

NH **Metalle** 6340
Gold, Palladium, Nickel, Silber, Chrom, Cobalt, Titan, Vanadium, Molybdän, Platin

NH **Kombiprofil** 6340
Quecksilber, Gold, Palladium, Nickel, Silber, Chrom, HEMA, TEGDMA, MMA, Cobalt

NH **Amalgam** 6333
Quecksilber, Silber, Zinn

NH **Goldlegierungen** 6337
Gold, Silber, Platin, Palladium, Zinn, Indium, Iridium

NH **Implantate** 6336
Titan, Vanadium, Aluminium, Chrom, Cobalt, Molybdän

NH **Kunststoffe/Kleber** 6338
MMA, BisGMA, TEGDMA, Benzoylperoxid, 4,4-IPDP, Hydrochinon, HEMA
Ethylenglykoldimethylat

NH **Zemente** 6332
Phosphatzement, Ketac Bond

NH **Individual Proben (IL2,IFN γ)** 5400
Individuelle Probe! Bitte angeben und einsenden

TITANUNVERTRÄGLICHKEIT 24h

NH **Profil Titanunverträglichkeit** 5237

CYRA®(ITT®) Titan (TNF α , IL1- β , IL10)

Titanstimulationstest

und High Responder Status

NH **Titanstimulationstest** 5238

CYRA®(ITT®) Titan (TNF α , IL1- β)

MEDIKAMENTEN-SENSIBILISIERUNG 24h

SOFORTREAKTIONEN (Flow Cast)

E Testung von

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

SPÄTREAKTIONEN (ITT)

NH **ITT®-Antibiotika** 24h 6226

Penicillin, Cephalosporin, Tetracyclin, Sulphamethoxazol

NH **ITT®-Analgetika** 24h 6228

ASS, Diclofenac, Ibuprofen, Paracetamol, Metamizol

NH **ITT®-Lokalanästhetika** 24h 6226

Lidocain, Procain, Ultracain, Xylonest

NH **ITT®-Indiv. Probe** 24h 4260

Individuelle Probe! Bitte angeben und einsenden

.....

.....

HERDDIAGNOSTIK/NICO 24h

S **RANTES (NICO-Marker) NEU** 617

S,E **Profil Herd NEU** 684

RANTES, LBP, CRPs, sCD14, T regulatorisch

Blutmarker für bakterielle Herde

PR **Herdlokalisierung NEU** 620

Messung von Biogenen Aminen im Sulcus

FSP **Herdscreeing im Speichel** 3284

Cadaverin, Putrescin

NH **ATP-Check (Mitochondriale Schädigung)** 5024

METALLE UND COMPOSITE im Speichel

MSP **Methacrylat** 3262

Metalle (>5ml Speichel nötig!)

2MSP **Quecksilber** 2177

2MSP **Gold** 3268

2MSP **Silber** 3263

2MSP **Nickel** 3271

2MSP **Kobalt** 3274

2MSP **Chrom** 3270

2MSP **Platin** 3267

2MSP **Titan** 3269

2MSP **Vanadium** 3279

2MSP **Molybdän** 3275

2MSP **Palladium** 3265

MSP **Multielementanalyse (>5ml MSP)** 3285

Ag,Au,Bi,Cd,Co,Cu,Hg,In,Mo,Pb,Pd,Pt, Sn,Tl,Zn,Zr

AS **Metallanalytik des Zahnersatzes** 3286

Probe:

Probe:

ENTZÜNDUNG/SILENT INFLAMMATION 24h

S **Profil Inflammation Screening** 618

TNF α , IL-6, CRPs, IL-1 β

NH **MonoCheck®** 1721

High-/Low-Responder, Entzündungsstatus

NH **TNF-Hemmtest** 5150

Standard Profil: Curcumin, Silymarin, Boswellia serrata, SAME

NH **Aromaöl Profil: Manuca-, NEU**

Lemongras-, Teebaum-,Thymian (rot) Öl

KNOCHENSTOFFWECHSEL

S **Vitamin D** 1683

S **β -Crosslaps (8.00 Uhr früh)** 1167

S, S **Osteoporose Profil** 4525

Ca, P, Vit D (25-OH), PTH, Osteocalcin, β -Crosslaps (8.00 Uhr früh)

STRESSHORMONE

SPZ **Cortisol-Morgenwert** 901

Cortisol 30 min nach dem Aufstehen

ENTGIFTUNG

2U **DMP5-Test** 1925

vor/nach DMP5 (Hg,Zn)

SPZ **DETOX Plus** 6015

Funktionelle Analyse der Detoxifikation - Phase I und II

PARODONTOLOGIE/IMPLANTOLOGIE

Bitte Deckelfarbe beachten

Beschriften: NR Quadrant | NR Zahn

4-Stellen- oder Pool-Probe

Zahn	Zahn	Zahn	Zahn
------	------	------	------

Parident-Parodontologie Basis

Nachweis der wichtigsten parodontal-pathogenen + Periimplantitis Erreger
Aggregatibacter actinomycetemcomitans, Porphyromonas gingivalis, Tannerella forsythia, Prevotella intermedia, Fusobacterium nucleatum, Parvimonas micra (Peptostreptococcus micros)

PR **1 Röhrchen (Poolprobe)** 7410

PR **4 Röhrchen (Einzelprobe s.o.)** 7440

PR **Nachtestung nach bis zu 12 Wochen** 7451

Erstbefund-Nr.

PR **Parident-Parodontologie Plus GDG!** 7450

Erreger + Interleukin 1 Reaktionstyp

Polymorphismus - IL1 α , - β , IL1-RN

RISIKO- und VERLAUFSPARAMETER

PR **IL1 Reaktionstyp GDG!** 6027

Polymorphismus - IL1 α , - β , IL1-RN

PR **Parident-Parodontologie - Cal** 7453

(1 Röhrchen: Erreger + Calprotectin)

PR **Calprotectin (Poolprobe)** 3660

Einzelprobe s.o.

PR **Calprotectin 1. Probe** 3660

PR **Calprotectin 2. Probe** 3695

PR **Calprotectin 3. Probe** 3696

PR **Calprotectin 4. Probe** 3697

Therapiefindung ParoSelect

RT **Aromatogramm: 10 Öle** 7460

Kultur und Ätherische Öle, ohne Nachweis p.p. Erreger

A o. RT **Candida/Pilze** 10090

mit Antimykogramm

A o. RT **Bakterien-Kultur** 10020

Erreger und Resistenz (Antibiogramm)

S,E,SPZ **Dental Risk GDG!** 6065

Vitamin D, IL1 Reaktionstyp, Cortisol-Morgenwert, Abklärung erhöhtes Risiko für Implantatverlust, Karies u. therapieresistente Parodontitis/Gingivitis

2U	1. Urin vor und nach Infusion	AS	Abschliff	NH	Na Heparin	PR	Paroröhrchen trocken	S	Serum
A	Abstrich	E	EDTA	MSP	Morgen Speichel nach dem Aufstehen	RT	Paroröhrchen mit Transportmedium	S*	Serum gefroren
		FSP	Na F Speichel Spezial					SPZ	Spezial Testkit

Version 09/2018 (2)

Änderungen (Inhalt und Preise) vorbehalten

PHASE DER BEHANDLUNG

- Vor Initialbehandlung
 Nach Initialbehandlung
 Nach Parodontalchirurgie
 Vorsorge vor Implantation
 Nach Implantation
 PZR-Kontrolle

KLINISCHE DIAGNOSE

- Gingival Erkrankung
 Chronische Parodontitis
 Aggressive Parodontitis
 PA bei Systemerkrankungen
 Nekrotisierende PA-Erkrankung
 Periimplantitis
 Zahnfleischbluten
 Mundschleimhautentzündung
 Zahnfleiscentzündung
 Vermehrter Speichelfluss
 Metallgeschmack

EINNAHME ANTIBIOTIKA / MEDIKAMENTE

- ja nein
welche
wann
wofür

ÜBEREMPFINDLICHKEIT GEGEN ANTIBIOTIKA

- ja nein
welche

SYSTEMISCHE ERKRANKUNGEN

- Diabetes
 Nierenerkrankung
 Rheumatische Erkrankung
 Herz-Kreislaufferkrankungen
 Osteoporose
 behandelt
 familiäres Risiko
 Hypertonie
 Hypotonie

SONSTIGE UMWELTEINFLÜSSE

- Stress (Niveau 1-10: 1 = kein Stress; 10 = viel Stress)
① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩

KLINISCHE PARAMETER

- BOP in % aller sondierten Stellen
 Sondierungstiefe > 6mm (Anzahl der Taschen)
 Knochenverlust in % (1mm = 10% Knochenverlust)
 Fehlende Zähne

RAUCHEN

- nie
 nein (<1 Jahr nicht mehr)
 nein (>1 Jahr nicht mehr)
 ja (<10 Zigaretten pro Tag)
 ja (>10 Zigaretten pro Tag)

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR ERHEBUNG/ÜBERMITTLUNG MEINER PATIENTENDATEN (Stand 08/2018_V2)

Ich bin darauf hingewiesen worden und damit einverstanden, dass das MVZ Labor Bavariahaus und deren Betriebsgesellschaft Lab4more persönliche Daten, insbesondere Name, Anschrift, Geburtsdatum, Behandlungsdaten, Rechnungsbeträge, Kostenträger, Diagnosen und Befunde aus der Behandlung unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung, dem Bundesdatenschutzgesetz, des § 203 Strafgesetzbuch und § 73 Abs. 1b Sozialgesetzbuch zum Zwecke der Vertragserfüllung erhebt, verarbeitet und nutzt.

Für die Untersuchung spezieller Analysen übermittelt das MVZ Labor Bavariahaus und deren Betriebsgesellschaft Lab4more meine Patientendaten (Vor- und Nachname, Geburtsdatum, Anschrift, Auftragsnummer) und medizinischen Proben an verbundene und externe Labore. Extern werden vornehmlich die Medizinischen Laboratorien Düsseldorf, Nordstr. 44, 40477 Düsseldorf beauftragt. In seltenen Fällen werden Laborleistungen zur Analyse an weitere Speziallabore versendet. Häufig genutzte Speziallabore sind: Labor München Zentrum, Bayerstr. 53, 80335 München; Praxis Prof. Dr. med. Michael Kramer, Mönchhofstr. 52, 69120 Heidelberg.

Die Abrechnung der durchgeführten Laboruntersuchungen erfolgt über den jeweiligen o. g. Leistungserbringer. Für die vorgenannten Labore ist die dgpar GmbH, Eugen-Langen-Str. 12, 50968 Köln die beauftragte Abrechnungsstelle, die die zur Abrechnung wesentlichen Daten der Behandlung (Vorname, Nachname, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnose, Leistungsziffern für die Untersuchungen), auch soweit es sich dabei um „besondere Arten personenbezogener Daten“ i. S. v. Art. 9 Abs. 1 der EU Datenschutz-Grundverordnung handelt, erhält. Darüberhinaus können bestehende Honorarforderungen aus meiner ärztlichen Behandlung an das Inkassounternehmen Euroincasso GmbH, Bernauer Straße 21, 83209 Prien am Chiemsee, weitergegeben werden (Name, Anschrift, Geburtsdatum, Leistungsziffern, Rechnungsbetrag, Behandlungsunterlagen, Laborrechnungen und -ergebnisse usw.). Sollte es erforderlich sein, Befunde und Untersuchungen des hier vorliegenden Auftrags an das Inkassounternehmen Inkassum GmbH weiterzuleiten, entbinde ich meinen Arzt/Therapeuten insoweit von seiner ärztlichen Schweigepflicht. Alle Mitarbeiter der Inkassum GmbH, aber auch der dgpar GmbH, unterliegen den Regeln des Datenschutzrechts und sind unter Strafanandrohung gemäß § 203 StGB zur Verschwiegenheit verpflichtet. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Ich bin darauf hingewiesen, dass

- die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten freiwillig erfolgt und dass ich mein Einverständnis verweigern oder jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann mit der Folge, dass der Behandlungsvertrag nicht zustande kommt.
• im Falle eines Widerrufs dieser schriftlich an das MVZ Labor Bavariahaus, c/o Lab4more GmbH, Augustenstraße 10, 80333 München oder per Mail an geschaeftsfuehrung@lab4more.de zu richten ist.
• ich jederzeit berechtigt bin, Auskunft über meine gespeicherten personenbezogenen Daten zu verlangen.
• ich jederzeit berechtigt bin, die Berichtigung, Löschung oder Sperrung einzelner Daten zu verlangen.

Die Informationen zum Datenschutz nach Art. 13 DSGVO habe ich auf der Webseite www.lab4more.de/datenschutz eingesehen bzw. habe ich auf Anfrage unter info@lab4more.de ausgedruckt erhalten. Mit meiner Unterschrift auf dem Laborauftrag stimme ich der Erhebung, Verarbeitung und Weitergabe meiner Daten zu o. g. Zwecken ausschließlich zu.

Einwilligungserklärung zur Durchführung von Untersuchungen, die dem Gendiagnostikgesetz (GendG) unterliegen

Das menschliche Erbmateriale zeigt in einigen Bereichen individuelle Varianten (sogenannte Gen-Polymorphismen): Diese können Einfluss haben, z.B. auf individuelle Besonderheiten der Wirkung von Arzneimitteln, unterschiedliche Reaktionsweisen gegenüber Fremdstoffen oder Umweltschadstoffen, auf die Empfänglichkeit gegenüber Infektionserregern oder die Ausprägung von Entzündungen. Viele dieser Polymorphismen lassen sich durch die Untersuchung einer Blutprobe, einzelne auch im Rachenabstrich, nachweisen.

Wie für alle genetischen Untersuchungen gilt auch für den Nachweis einer bestimmten genetischen Variante, dass Sie vorher von Ihrem Arzt über Wesen, Bedeutung und Tragweite der veranlassten Untersuchung informiert werden müssen (Aufklärungspflicht).

Hiermit erkläre ich,

Name Vorname Geburtsdatum
Straße/Hausnummer PLZ/Ort

dass ich von meinem Arzt / meiner Ärztin ausführlich über Aussagekraft und Konsequenzen der Untersuchung/en
.....

aufgeklärt wurde. Ich bin mit der Entnahme des Untersuchungsmaterials einverstanden. Die Einwilligung kann bis zum Untersuchungsbeginn jederzeit widerrufen werden. Ich bin weiterhin damit einverstanden, dass dieses Untersuchungsmaterial durch das von meinem Arzt / meiner Ärztin beauftragte Labor untersucht wird.

Ich bin mit der Weiterleitung des Untersuchungsauftrags an ein kooperierendes medizinisches Labor einverstanden.

Ort/Datum Unterschrift Patient bzw. gesetzlicher Vertreter Unterschrift aufklärender Arzt