

NAME ..... VORNAME ..... GEB. DATUM .....

## Welche Präparate nehmen Sie regelmäßig ein?

MEDIKAMENTE ..... HORMONE (oral/dermal) ..... NAHRUNGSERGÄNZUNGSMITTEL .....

## PERSÖNLICHE ANGABEN

Bitte markieren Sie alle Beschwerden nach Schweregrad ① leicht/selten ② mittel/moderat ③ stark/regelmäßig

<p><b>LIFESTYLE</b></p> <p>① ② ③ Rauchen</p> <p>① ② ③ Ausdauersport</p> <p>① ② ③ Kraftsport</p> <p>① ② ③ Vegetarier</p> <p><b>HERZ/KREISLAUF</b></p> <p>① ② ③ Bluthochdruck</p> <p>① ② ③ Arteriosklerose</p> <p>① ② ③ Herzinfarkt</p> <p>① ② ③ Schlaganfall</p> <p>① ② ③ Übergewicht (Adipositas)</p> <p>① ② ③ Diabetes Typ I</p> <p>① ② ③ Diabetes Typ II</p> <p>① ② ③ Fettstoffwechselfstörungen</p> <p>① ② ③ Metabolisches Syndrom</p> <p><b>FRAMINGHAM INDEX</b></p> <p>Zur Feststellung der FRAMINGHAM- bzw. PROCAM-Score bitte unbedingt Gewicht und Größe oben angeben und folgende Fragen markieren</p> <p><input type="checkbox"/> Raucher (Ja)</p> <p><input type="checkbox"/> Diabetes mellitus (Ja)</p> <p><input type="checkbox"/> Herzinfarkt in der Familie (Ja)</p> <p>Blutdruck Systolisch</p> <p><input type="checkbox"/> 120-130 mm Hg</p> <p><input type="checkbox"/> 130-140 mm Hg</p> <p><input type="checkbox"/> 140-150 mm Hg</p> <p><input type="checkbox"/> &gt;150 mm Hg</p> <p><b>HORMONELLE DYSBALANCE</b></p> <p>① ② ③ PMS</p> <p>① ② ③ Zyklusstörungen, welche? .....</p> <p>① ② ③ Schmerzhafte Periode</p> <p>① ② ③ Myom</p> <p>① ② ③ PCO (polycystische Ovarien)</p> <p>① ② ③ Endometriose</p> <p>① ② ③ Entfernung der Gebärmutter</p> <p>① ② ③ Entfernung der Eierstöcke</p> <p>① ② ③ Menopauseprobleme</p>	<p>① ② ③ Hitzewallungen</p> <p>① ② ③ Nächtliches Schwitzen</p> <p>① ② ③ Ödeme</p> <p>① ② ③ Trockene Haut</p> <p>① ② ③ Haarausfall</p> <p>① ② ③ Vermehrte Behaarung</p> <p>① ② ③ Akne</p> <p>① ② ③ Libidoverlust</p> <p>① ② ③ Schilddrüsenüberfunktion</p> <p>① ② ③ Schilddrüsenunterfunktion</p> <p><b>NEUROSTRESS</b></p> <p>① ② ③ Stressbelastung</p> <p>① ② ③ Burnout</p> <p>① ② ③ Müdigkeit/Fatigue</p> <p>① ② ③ Antriebslosigkeit/ Motivationsverlust</p> <p>① ② ③ Schlafstörungen</p> <p>① ② ③ Ängste</p> <p>① ② ③ Panikattacken</p> <p>① ② ③ Depression</p> <p>① ② ③ Depressive Verstimmungen</p> <p>① ② ③ Psychosen</p> <p>① ② ③ Nervosität</p> <p>① ② ③ ADS/ADHS</p> <p>① ② ③ Kopfschmerzen</p> <p>① ② ③ Migräne</p> <p>① ② ③ Konzentrations-/Gedächtnis- störungen</p> <p>① ② ③ Übergewicht (Adipositas)</p> <p>① ② ③ Heißhunger</p> <p>① ② ③ Reizdarmsyndrom</p> <p>① ② ③ Fibromyalgie</p> <p>① ② ③ MCS/CFS</p> <p>① ② ③ Tinnitus</p> <p>① ② ③ Restless Legs Syndrom</p> <p>① ② ③ M. Parkinson</p> <p><b>MAGEN/DARM</b></p> <p>① ② ③ Reizdarm</p> <p>① ② ③ Verstopfung (Obstipation)</p> <p>① ② ③ Durchfall (Diarrhoe)</p>	<p>① ② ③ Blähungen (Meteorismus)</p> <p>① ② ③ Colitis ulcerosa</p> <p>① ② ③ M. Crohn</p> <p>① ② ③ Zöliakie</p> <p>① ② ③ NM-Unverträglichkeiten</p> <p>① ② ③ Glutensensitivität</p> <p>① ② ③ Darmmykosen</p> <p>① ② ③ Gastritis</p> <p>① ② ③ Gallensteine</p> <p><b>INTOLERANZEN</b></p> <p>① ② ③ Fruktose</p> <p>① ② ③ Laktose</p> <p><b>UROGENITAL TRAKT</b></p> <p>① ② ③ Harninkontinenz</p> <p>① ② ③ Reizblase</p> <p>① ② ③ Gutartige Prostatavergrößerung</p> <p><b>BEWEGUNGSAPPARAT</b></p> <p>① ② ③ Arthritis</p> <p>① ② ③ Arthrose</p> <p>① ② ③ Rheuma</p> <p>① ② ③ HWS-Syndrom</p> <p>① ② ③ Osteoporose</p> <p>① ② ③ Gicht</p> <p><b>IMMUNSYSTEM</b></p> <p>① ② ③ Häufige Infekte</p> <p>① ② ③ Chronische Infektionen</p> <p>① ② ③ Herpes</p> <p>① ② ③ Wundheilungsstörungen</p> <p>① ② ③ Autoimmunerkrankungen</p> <p><b>ALLERGIEN</b></p> <p>① ② ③ Nahrungsmittelallergien</p> <p>① ② ③ Inhalative Allergien</p> <p>① ② ③ Asthma</p> <p>① ② ③ Metallallergien</p> <p>Welche? ① ② ③ .....</p> <p>① ② ③ .....</p>	<p><b>SCHADSTOFFBELASTUNG</b></p> <p>① ② ③ Amalgambelastung</p> <p>Weitere Schadstoffe ① ② ③ .....</p> <p><b>TUMORERKRANKUNGEN</b></p> <p>Mamma Ca. <input type="checkbox"/></p> <p>Prostata Ca. <input type="checkbox"/></p> <p>Colon / Darm Ca. <input type="checkbox"/></p> <p>Lunge Ca. <input type="checkbox"/></p> <p>andere .....</p> <p>Behandlung (zur Zeit oder in der letzten 4 - 6 Wochen)</p> <p>Chemotherapie <input type="checkbox"/></p> <p>Radiotherapie (Bestrahlung) <input type="checkbox"/></p> <p>Komplementär <input type="checkbox"/></p> <p>Mistel <input type="checkbox"/></p> <p>Thymus <input type="checkbox"/></p> <p>andere .....</p> <p><b>FAMILIENERKRANKUNGEN</b></p> <p>① ② ③ Depression</p> <p>① ② ③ Bluthochdruck</p> <p>① ② ③ Arteriosklerose</p> <p>① ② ③ Übergewicht (Adipositas)</p> <p>① ② ③ Diabetes Typ I/Typ II</p> <p>① ② ③ Fettstoffwechselfstörungen</p> <p>① ② ③ Asthma</p> <p>① ② ③ Osteoporose</p> <p>① ② ③ Krebserkrankungen</p> <p>① ② ③ Herzinfarkt</p> <p><b>ANDERE ERKRANKUNGEN</b></p> <p>① ② ③ .....</p> <p>① ② ③ .....</p>
---	---	---	--

### EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR ERHEBUNG/ÜBERMITTLUNG MEINER PATIENTENDATEN (Stand 06/2021\_V4)

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 wird vornehmlich das Labor Dr. Spranger, Lindberghstr. 9-13, 85051 Ingolstadt 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, Mainzer Straße 97, 65189 Wiesbaden, 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. Darüber hinaus können bestehende Honorarforderungen aus meiner ärztlichen Behandlung an das Inkassounternehmen Eurincasso GmbH, Mainzer Straße 97, 65189 Wiesbaden, 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 Eurincasso GmbH weiterzuleiten, entbinde ich meinen Arzt/Therapeuten insoweit von seiner ärztlichen Schweigepflicht. Alle Mitarbeiter der Eurincasso GmbH, aber auch der dgpar GmbH, unterliegen den Regeln des Datenschutzrechts und sind unter Strafanzeige 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 wurde 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](http://www.lab4more.de/datenschutz) eingesehen bzw. habe ich auf Anfrage unter [info@lab4more.de](mailto:info@lab4more.de) ausgedruckt erhalten. Mit meiner Unterschrift auf dem Laborauftrag stimme ich ausschließlich der Erhebung, Verarbeitung und Weitergabe meiner Daten zu o.g. Zwecken zu.

*	gefroren	HN	Heparin nüchtern	1.MU	1. Morgenerurin	S	Serum	US	1.MU erster Strahl
E	EDTA	LIH	Lithium Heparin	MS	Metall-Spezial	SN	Serum nüchtern	TAB	Trockener Abstrich
EP	EDTA Plasma	LIHP	Lithium Heparin Plasma	2.MU	2. Morgenerurin	SP	Speichel	U	Urin
EN	EDTA nüchtern	NF	Natrium Fluorid	NH	Natrium Heparin	SPZ	Spezialset anfordern	ZEC	Zecken
HCS	Homocystein Spezial	C	Citrat	PKT	Punktat	ST	Stuhl	UPM	Urin nach Prostatamassage
HEP	Heparin	CP	Citrat Plasma	PX	Paxgene	STH	Spezialtestkit (Histamin)	telefonische Rücksprache dringend erbeten!	

Probentransport



Wenn die Proben nicht durch Ihren Laborfahrer zu uns kommen, ist der Postweg üblich. Im Normalfall ist Ihre Einsendung am Folgetag bei uns.

Sie können den Expressversand nutzen bei:

Heparin-Blut für zeitkritische Parameter, die innerhalb 24h im Labor sein müssen (siehe Kennzeichnung 24h) - [Mo - Do!]

### Präanalytik

#### Besondere Transportbedingungen parameterabhängig:

- Gefrorenes Material einsenden für: **ACTH, Renin, HGH/STH, Katecholamine (Plasma), Calcitonin,  $\alpha$ -Liponsäure, Parathormon**
- Spezial-Akku vorab 24h im Eisfach einfrieren, Probenmaterial ebenfalls einfrieren, dann erst Probe in Akku geben und im Styroporbehälter versenden
- **Blutglukosebestimmung** ist nur aus Natrium Fluorid-Röhrchen (NaF) verwertbar. Beim oGTT müssen die Proben eindeutig gekennzeichnet sein, z. B. BZ nü = Probe 1, BZ 2h = Probe 2
- **Homocystein** ist ein instabiler Parameter. Findet die Bestimmung im Serum statt, muss die Probe unmittelbar nach Gerinnung (30 min nach Abnahme) zentrifugiert, abgetrennt und möglichst schnell ins Labor transportiert werden. Bei längerem Transport ist Serum ungeeignet. Ein spezielles HCS-Röhrchen ist die bessere Wahl (Stabilität max. 3 Tage).
- **Vitamine** sind lichtempfindlich. Der lichtgeschützte Transport verhindert den Umbau durch UV-Strahlung. Alufolie eignet sich sehr gut.
- Die **Metallanalytik** (besonders bei Aluminium) liefert nur dann qualitativ hochwertige Ergebnisse, wenn die Abnahme mit dafür zugelassenen Kanülen/Probengefäßen erfolgt (Testset f. Metallanalytik). Gelröhrchen verfälschen das Ergebnis.
- **DetoxPlus** Spezialset: Urin 1 und 2
- **Atemtest** Spezialsets: Fruktose-, Laktoseintoleranz
- **Neurotransmitter** aus Urin: Zweiter Morgenurin (2. MU) in Spezialröhrchen (getränktes Wattekügelchen enthalten).
- **Kryptopyrrol** Spezialset
- **PCA3** Urin nach Prostatamassage - Spezialröhrchen
- **Nitrotyrosin** im Blut - Spezielles HCS-Röhrchen versenden

#### Besondere Bedingungen materialabhängig:

- Urin mit speziellem Testset: siehe innenliegende Anleitung
- Urin mit Stabilisator (Urin-Monovette grün): nur für mikrobiologische Untersuchungen
- Urin ohne Zusatz (Urin-Monovette gelb): geeignet für Melatonin, Methymalonsäure, Cystathionin, Crosslinks, MDA
- PCR-Untersuchungen: je Anforderung spez. Matrix
- Speichelproben: Speichelröhrchen verwenden (ca. 3/4 befüllt) und genau beschriften; Name und Uhrzeit der Probengewinnung/Uhrzeit ist vorgegeben, bitte unbedingt einhalten, sehr wichtig für Beurteilung!
- NH-Proben: müssen innerhalb von 24h im Labor eintreffen und dürfen nicht gekühlt werden
- EDTA-Proben müssen spätestens nach 3 Tagen im Labor verarbeitet werden, EDTA ist neben der immunologischen und intrazellulären Diagnostik sehr gut geeignet für genetische Untersuchungen und eine Vielzahl von PCR-Untersuchungen.  
Ausnahme: Blutbild mit Leukozytendifferenzierung (großes BB) kann nur innerhalb 48h durchgeführt werden

#### Codierung der Proben:

Falls Barcode (BC) vorhanden: je Probe ein BC-Etikett, ein BC auf den Auftragschein, Reste können mitgeschickt werden. Falls nicht, bitte **NAME, VORNAME, GEB.-DAT.** auf jeder Probe deutlich vermerken. Bei Belastungstests/Tagesprofilen: Proben genau definieren. Probe 1,2,3...

#### Checkliste für die Pflichtangaben im Anforderungsschein:

- Patientendaten
- Praxisangabe
- Diagnose
- Untersuchungen anfordern
- Patientenunterschrift
- Abnahmedatum

Bei genetischen Analysen ist das gesonderte **Einverständnis des Patienten zwingend** notwendig.

Bitte klären Sie Ihre Patienten über die angeforderten Untersuchungen sowie die Liquidation auf und **lassen Sie sich unbedingt den Auftrag unterschreiben**. Der Untersuchungsauftrag ist rechtlich gesehen ein Vertrag.

Der Anamnesebogen ermöglicht eine individuelle angepasste Therapieempfehlung. Bitte achten Sie darauf!

#### Verpackung und Versand:

Jeder Auftrag wird separat verpackt (1 kleine Tüte pro Auftrag). Alle Tüten werden dann zusammen in einer großen Versandtüte oder -box eingeschickt.

*	gefroren	HN	Heparin nüchtern	1.MU	1. Morgenurin	S	Serum	US	1.MU erster Strahl
E	EDTA	LIH	Lithium Heparin	MS	Metall-Spezial	SN	Serum nüchtern	TAB	Trockener Abstrich
EP	EDTA Plasma	LIHP	Lithium Heparin Plasma	2.MU	2. Morgenurin	SP	Speichel	U	Urin
EN	EDTA nüchtern	NF	Natrium Fluorid	NH	Natrium Heparin	SPZ	Spezialset anfordern	ZEC	Zecken
HCS	Homocystein Spezial	C	Citrat	PKT	Punktat	ST	Stuhl	UPM	Urin nach Prostatamassage
HEP	Heparin	CP	Citrat Plasma	PX	Paxgene	STH	Spezialtestkit (Histamin)		telefonische Rücksprache dringend erbeten!