

Krankenkasse

Name, Vorname des Patienten Geb.-Datum

Ggf. Name, Vorname des gesetzl. Vertreters (bei minderjährigen Patienten)

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort, ggf. Land

## PATIENTENVEREINBARUNG

**Die Erklärung zur Erhebung/Übermittlung meiner Patientendaten auf Seite 2 (Stand 06/2021\_V4) 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 diesem Fall verpflichte ich mich dennoch, den Gesamtbetrag auszugleichen.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift Patient/in: \_\_\_\_\_  
Tel.Nr. Patient/in: \_\_\_\_\_

**AUFTRÄGE OHNE UNTERSCHRIFT KÖNNEN NICHT BEARBEITET WERDEN**

- Erstuntersuchung (181) Größe ..... (cm) (171)  
 Kontrolle (182) Gewicht ..... (kg) (172)  
 Ohne Befundinterpretation (183) **Abnahmedatum** .....  
**Geschlecht**  
 Männlich Uhrzeit .....  
 Weiblich **Medikamente**  ja  nein (184)  
 Divers

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

Barcode:  
Schein

**EINSENDERSTEMPEL**

**RECHNUNG AN**

Privatpatient (64)  
 Selbstzahler (50)

**Abweichend an**  
 Praxis (70)  
 Rechnung mit MwSt.  
 Falls Leistungen nicht therapeutisch indiziert sind!

Diagnose/Wichtige Angaben

Zusätzliche Untersuchungen

### INDIVIDUELLE PROFILE

P01  P02  P03  P04

### WERKSTOFFUNVERTRÄGLICHKEIT 24h €

- CYRA®-DENTALWERKSTOFFE**  
IL2, IFN $\gamma$ , IL10, TNF $\alpha$
- 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, Gasionzement
- NH **Individual Proben (IL2,IFN $\gamma$ )** 5400  
je weitere Probe  
Individuelle Probe! Bitte angeben und **STERIL** einenden

### TITANUNVERTRÄGLICHKEIT 24h €

- NH **Profil Titanunverträglichkeit** 5237  
CYRA®(ITT®) Titan (TNF $\alpha$ , IL1- $\beta$ , IL10)  
Titanstimulationstest und High Responder Status
- NH **Titanstimulationstest** 5238  
CYRA®(ITT®) Titan (TNF $\alpha$ , IL1- $\beta$ )

### MEDIKAMENTEN-SENSIBILISIERUNG 24h €

- SOFORTREAKTIONEN (Flow Cast) 13199**
- E **Testung von** ..... Grundpanel  
.....  
.....  
**Anforderbare Medikamente:**  
zzgl. je Medikament
- E **Antibiotika**  
Penicillin G (13901), Penicillin V (13902),  
Cephalosporin(13905), Tetracyclin (13907), PPL (13901),  
Sulphamethaxazol , MDM (13904)
- E **Antiseptikum** Chlorhexidin 13917
- E **Analgetika**  
Lys-Aspirin (13911), Ibuprofen (13913)Diclofenac (13912),  
Paracetamol (13914), Dipyrnol/Metamizol
- E **Lokalanästhetika**  
Lidocain (13916), Articain (13913), Bupivacain, Mepivacain
- 2E **Latex** 13940

### 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  
je weitere Probe  
Individuelle Probe! Bitte angeben und einsenden

### HERDDIAGNOSTIK/NICO 24h €

- S **RANTES (NICO-Marker)** 617
- S.E **Profil Herd** 684  
RANTES, LBP, CRPs, T regulatorisch. Blutmarker für bakterielle Herde
- PR **Herdlokalisation** 620  
Messung von Biogenen Aminen im Sulcus
- SPZ **Herdscreeing im Speichel** 3284  
Cadaverin, Putrescin
- NH **ATP-Check (Mitochondriale Schädigung)** 5024

### METALLE UND COMPOSITE im Speichel €

- MSP **Methacrylat** 3262
- 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, Ti, Zn, Zr
- AS **Metallanalytik des Zahnersatzes** 3286
- Probe: .....
- Probe: .....

### ENTZÜNDUNG/SILENT INFLAMMATION 24h €

- S **Profil Inflammation Screening** 618  
TNF $\alpha$ , IL-6, CRPs, IL-1 $\beta$
- NH **MonoCheck®** 1721  
High-/Low-Responder, Entzündungsstatus
- NH **TNF-Hemmtest** 5150  
Standard Profil: Curcumin, Silymarin, Boswellia serrata, SAME
- NH **TNF-Hemmtest** 5150  
Aromaöl Profil: Manuca-, Lemongras-, Teebaum-, Thymian (rot) Öl

### KNOCHENSTOFFWECHSEL €

- S **Vitamin D** 1683  
25(OH)-Vitamin D, Summenmarker für die Vitamin D Versorgung

- S  **$\beta$ -Crosslaps (8.00 Uhr früh)** 1167  
Marker für Knochenabbau
- S **Osteocalcin** 1545  
Marker für Knochenaufbau

### STRESSHORMONE €

- SPZ **Cortisol-Morgenwert** 901  
Cortisol 30 min nach dem Aufstehen

### ENTGIFTUNG €

- 2U **DMP5-Test** vor/nach DMP5 (Hg,Zn) 1925
- SPZ **DETOX Plus** 1773  
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 $\alpha$ , - $\beta$ , IL1-RN

### RISIKO- und VERLAUFSPARAMETER €

- PR **IL1 Reaktionstyp GDG!** 6027  
Polymorphismus - IL1 $\alpha$ , - $\beta$ , 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 **Candida/Pilze** 10090  
mit Antimykogramm
- A **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. therapie-resistente Parodontitis /Gingivitis

2U	1. Urin vor und nach Infusion	AS	Abschliff EDTA	MSP	Morgen Speichel nach dem Aufstehen	RT	Paroröhrchen mit Transportmedium	SPZ	Spezial Testkit
A	Abstrich	NH	Na Heparin	PR	Paroröhrchen trocken	S	Serum	j.a.	je nach Aufwand

**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 .....

**ÜBEREMPFLINDLICHKEIT GEGEN ANTIBIOTIKA**

- ja  nein
- welche .....

**SYSTEMISCHE ERKRANKUNGEN**

- Diabetes
- Nierenerkrankung
- Rheumatische Erkrankung
- Herz-Kreislaufkrankungen
- 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 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 Strafdrohung 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.

**EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG ZUR DURCHFÜHRUNG VON UNTERSUCHUNGEN, DIE DEM GENDIAGNOSTIKGESETZ (GENDG) UNTERLIEGEN**

Das menschliche Erbmaterial 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/Patientin bzw. gesetzlicher Vertreter Unterschrift aufklärende/r Arzt/Ärztin