

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

EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG ZUR ERHEBUNG/ÜBERMITTLUNG MEINER PATIENTENDATEN (Stand 01/2023_V5)

Ich bin darauf hingewiesen worden und damit einverstanden, dass das MVZ Labor Bavariahaus und deren Betriebsgesellschaft Lab4more GmbH 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 GmbH 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 Strafandrohung 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 eingesehen bzw. habe ich auf Anfrage unter info@lab4more.de ausgedruckt erhalten. Mit meiner Unterschrift auf dem Labauftrag stimme ich ausschließlich der Erhebung, Verarbeitung und Weitergabe meiner Daten zu o. g. Zwecken zu.

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

Probentransport



POST



EXPRESS



KURIER

Transport

- 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) - **[Montag - Donnerstag!]**

Präanalytik

Besondere Transportbedingungen parameterabhängig:

- Gefrorenes Material einsenden für: **ACTH, Renin, HGH/STH, Katecholamine (Plasma), Calcitonin, Parathormon, Gastrin, Aldosteron, Inhibin, Vitamin C** (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
- **Neurotransmitter** aus Urin: Zweiter Morgenurin (2. MU) in Spezialröhrchen (getränktes Wattekügelchen enthalten).
- **Kryptopyrrol** Spezialset
- **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 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...
Für PCR-Aufträge bitte eine separate Probe mit Etikett schicken.

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