

Krankenkasse

Name, Vorname des Patienten Geb.-Datum

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

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort, ggf. Land

Einsender / Praxis Einsenderkennung

Rechnung an

Privatpatient (64)
 Selbstzahler (50)

Abweichend an

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

Diagnose/Wichtige Angaben

Zusätzliche Untersuchungen

Mat.-Nachreichung zu folgendem Auftrag:

Patientenvereinbarung
Die Erklärung zur Erhebung/Übermittlung meiner Patientendaten unten (Stand 01/2023_V5) habe ich gelesen, verstanden und akzeptiert.

Hiermit erkläre ich meine Einwilligung zu den veranlassten Untersuchungen durch das MVZ Labor Bavariahaus sowie der Erstellung eines Sonderbefundes zu diesen Laborwerten (ohne zusätzliche Kosten) durch die Eurofins 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. Weiterhin bestätige ich die Korrektheit der hier gemachten Angaben zu meiner Person.

Aufträge ohne Unterschrift können nicht bearbeitet werden!

Datum	Unterschrift Patient/in X
	Tel.-Nr. Patient/in

<input type="checkbox"/> Erstuntersuchung (181)	<input type="checkbox"/> Männlich
<input type="checkbox"/> Kontrolle (182)	<input type="checkbox"/> Weiblich
<input type="checkbox"/> Ohne Befundinterpretation (183)	<input type="checkbox"/> Divers
Abnahmedatum X	Größe (cm) (171)
Uhrzeit	Gewicht (kg) (172)

Barcode:
Schein

DENTAL

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 Eurofins 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 Eurofins 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, Schwanthalerstraße 115, 80339 München; Praxis Prof. Dr. med. Michael Kramer, Mönchhofstraße 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 Eurofins 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 www.lab4more.de/datenschutz eingesehen bzw. habe ich auf Anfrage unter 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/in bzw. gesetzlicher Vertreter X	Unterschrift aufklärender Arzt X
-------------	--	---



Medikamente (184)

welche:

Nahrungsergänzungsmittel

welche:

Symptomatik

Verbesserung
 Verschlechterung
 Gleichgeblieben

Bemerkung:

Anamnese

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
 Zahnfleischentzündung
 Vermehrter Speichelfluss
 Metallgeschmack

Einnahme Antibiotika

welche:

wann:

wofür:

Überempfindlichkeit gegen Antibiotika

welche:

Systemische Erkrankungen

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

Sonstige Umwelteinflüsse

Stress

Klinische Parameter

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

Individuelle Profile

P01 P02 P03 P04

Werkstoffunverträglichkeit (24 H) €

CYRA®-Dentalwerkstoffe IL2, IFN γ , IL10, TNF α

<input type="checkbox"/> NH	Metalle	6340
Gold, Palladium, Nickel, Silber, Chrom, Cobalt, Titan, Vanadium, Molybdän, Platin		
<input type="checkbox"/> NH	Kombiprofil	9922
Quecksilber, Gold, Palladium, Nickel, Silber, Chrom, HEMA, TEGDMA, MMA, Cobalt		
<input type="checkbox"/> NH	Amalgam	6333
Quecksilber, Silber, Zinn		
<input type="checkbox"/> NH	Goldlegierungen	6337
Gold, Silber, Platin, Palladium, Zinn, Indium, Iridium		
<input type="checkbox"/> NH	Implantate	6336
Titan, Vanadium, Aluminium, Chrom, Cobalt, Molybdän		
<input type="checkbox"/> NH	Kunststoffe/Kleber	6338
MMA, BisGMA, TEGDMA, Benzoylperoxid, 4,4-IPDP, Hydrochinon, HEMA, Ethylenglykoldimethylat		

Titanunverträglichkeit (24 H) €

<input type="checkbox"/> NH	Profil Titanunverträglichkeit	5237
CYRA®(ITT®) Titan (TNF α , IL1- β , IL10) Titanstimulationstest und High Responder Status		
<input type="checkbox"/> NH	Titanstimulationstest	5238
CYRA®(ITT®) Titan (TNF α , IL1- β)		

Medikamenten-Sensibilisierung (36 H) €

Anforderbare Medikamente / Profile

<input type="checkbox"/> E	Antibiotika	
Penicillin G (13901), Penicillin V (13902), Cephalosporin (13905), Tetracyclin (13907), PPL (13901), Sulphamethoxazol (13923), MDM (13904)		
<input type="checkbox"/> E	Antiseptikum	13917
Chlorhexidin		
<input type="checkbox"/> E	Analgetika	
Lys-Aspirin (13911), Ibuprofen (13913), Diclofenac (13912), Paracetamol (13914), Dipyron/Metamizol (13921)		
<input type="checkbox"/> E	Lokalanästhetika	
Lidocain (13916), Articain (13925), Bupivacain (13920), Mepivacain (13922)		

Sofortreaktionen (Flow Cast)

zzgl. Grundpanel

<input type="checkbox"/> E	Testung indiv. nativer Medikamente (bitte mitschicken!)	13199
----------------------------	--	-------

Spätreaktionen (ITT®) (24 H)

<input type="checkbox"/> NH	ITT®-Antibiotika	6226
Penicillin, Cephalosporin, Tetracyclin, Sulphamethoxazol		
<input type="checkbox"/> NH	ITT®-Analgetika	6228
ASS, Diclofenac, Ibuprofen, Paracetamol, Metamizol		
<input type="checkbox"/> NH	ITT®-Lokalanästhetika	6455
Lidocain, Procain, Ultracain, Xylonest		
<input type="checkbox"/> NH	ITT®-Indiv. Probe Medikament	4260
Individuelle Probe! Bitte angeben und einsenden		

Herddiagnostik / NICO (24 H)

<input type="checkbox"/> S	RANTES (NICO-Marker)	617
<input type="checkbox"/> S,E	Profil Herd	684
Blutmarker für bakterielle Herde: RANTES, LBP, CRPs, regulatorische T-Zellen		
<input type="checkbox"/> SPZ	Herdscreening im Speichel	3284
Cadaverin, Putrescin		

Metalle und Composite im Speichel €

Bitte beachten: >5ml MSP!

<input type="checkbox"/> MSP	Methacrylat	3262
<input type="checkbox"/> MSP	Quecksilber	2177
<input type="checkbox"/> MSP	Gold	3268
<input type="checkbox"/> MSP	Silber	3263
<input type="checkbox"/> MSP	Nickel	3271
<input type="checkbox"/> MSP	Kobalt	3274
<input type="checkbox"/> MSP	Chrom	3270
<input type="checkbox"/> MSP	Platin	3267
<input type="checkbox"/> MSP	Titan	3269
<input type="checkbox"/> MSP	Vanadium	3279
<input type="checkbox"/> MSP	Molybdän	3275
<input type="checkbox"/> MSP	Palladium	3265
<input type="checkbox"/> MSP	Multielementalanalyse	3285
Ag, Au, Bi, Cd, Co, Cu, Hg, In, Mo, Pb, Pd, Pt, Sn, Ti, Zn, Zr		

Entzündung / Silent Inflammation (24 H) €

<input type="checkbox"/> S	Profil Inflammation Screening	618
TNF α , IL-6, CRPs, IL-1 β		
<input type="checkbox"/> NH	MonoCheck®	1721
High-/Low-Responder, Entzündungsstatus		
<input type="checkbox"/> NH	TNF-Hemmtest	5150
Standard Profil: Curcumin, Silymarin, Boswellia serrata, SAME		
<input type="checkbox"/> NH	TNF-Hemmtest Aromaöle	5150
Profil: Manuca-, Lemongras-, Teebaum-, Thymian (rot) Öl		

Knochenstoffwechsel €

<input type="checkbox"/> S	Vitamin D	1683
25(OH)-Vitamin D, Summenmarker für die Vitamin D Versorgung		
<input type="checkbox"/> S	β-Crosslaps (8.00 Uhr früh)	1167
Marker für Knochenabbau		
<input type="checkbox"/> S	Osteocalcin	1545
Marker für Knochenaufbau		

Entgiftung €

<input type="checkbox"/> 2U	Schwermetalle Urin vor/nach Chelat	5594
As, Cd, Cr, Co, Hg, Ni, Pb, Pd, Al, Cu, Zn, Krea		

Parodontologie / Implantologie €

Parident-Parodontologie Basis

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

Bitte Deckfarbe beachten
 Beschriften: NR Quadrant | NR Zahn
 4-Stellen- oder Pool-Probe



<input type="checkbox"/> PR	1 Röhrcchen (Poolprobe)	7410
<input type="checkbox"/> PR	4 Röhrcchen (Einzelprobe s.o.)	7440
<input type="checkbox"/> PR	Parident-Parodontologie Plus GDG	7450
Polymorphismus - IL1 α , - β , IL1-RN Erreger + Interleukin 1 Reaktionstyp		

Risiko- und Verlaufparameter €

<input type="checkbox"/> PR	IL1 Reaktionstyp GDG	6027
Polymorphismus - IL1 α , - β , IL1-RN		
<input type="checkbox"/> PR	Parident-Parodontologie - Cal	7453
(1 Röhrcchen: Erreger + Calprotectin)		
<input type="checkbox"/> PR	Calprotectin (Poolprobe)	3660
Einzelprobe siehe oben		
<input type="checkbox"/> PR	Calprotectin 1. Probe	3660
<input type="checkbox"/> PR	Calprotectin 2. Probe	3695
<input type="checkbox"/> PR	Calprotectin 3. Probe	3696
<input type="checkbox"/> PR	Calprotectin 4. Probe	3697

Therapiefindung ParoSelect

<input type="checkbox"/> RT	Aromatogramm: 10 Öle	7460
Kultur & Ätherische Öle, ohne Nachweis p.p. Erreger		
<input type="checkbox"/> A	Candida/Pilze	10090
mit Antimykogramm		
<input type="checkbox"/> A	Bakterien-Kultur	10020
Erreger und Resistenz (Antibiogramm)		

ACHTUNG
 Bitte vergessen Sie keinesfalls auf der Vorderseite die Einwilligungserklärung nach GDG zu unterschreiben, wenn GDG hinter der Untersuchung steht.

Allgemeine Information

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