



### Überweisungsschein für Laboruntersuchungen als Auftragsleistung

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten geb. am

Kostenträgerkennung    Versicherten-Nr.    Status

Betriebsstätten-Nr.    Arzt-Nr.    Datum

*Eintrag nur bei Weiterüberweisung!*  
 Betriebsstätten-Nr. des Erstveranlassers    Arzt-Nr. des Erstveranlassers

Kurativ     Präventiv     bei belegärztl. Behandlung     Unfall, Unfallfolgen

**Auftragsnummer des Labors**

Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!

Knappschafts-kennziffer Quartal

Kontrolluntersuchung bekannte Infektion Geschlecht

Behandlung gemäß  § 116b SGB V    eingeschränkter Leistungsanspruch  gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch

**Befund eilt**, Übermittlung an  Telefon  Fax Nr. \_\_\_\_\_

Abnahmedatum Abnahmezeit

SSW

Diagnose/Verdachtsdiagnose

---

Befund/Medikation

---

Auftrag

---

Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt

*Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülerunfällen*

Muster 10 (10.2020)

## LABOR ENDERS

Prof. Dr. med. Gisela Enders & Kollegen MVZ  
 Rosenbergstr. 85 • 70193 Stuttgart  
 Tel. 0711 / 6357 - 0 • Fax - 202  
 www.labor-enders.de



## Nicht-invasive Bestimmung des fetalen Rh-Faktors aus maternalem Blut zur gezielten Rh-Prophylaxe

7,5 ml EDTA-Blut, un zentrifugiert, keine Kühlung erforderlich, max. 5 Tage bis Eingang im Labor.  
 Die Probe muss vollständig mit Vor- und Nachname sowie Geburtsdatum beschriftet sein, ansonsten ist keine Bearbeitung möglich.

Abnahmedatum:

Uhrzeit:

SSW:  +  ( ab SSW 11+0 möglich, optimal ab SSW 19+0 )

Anzahl der Feten:

Selbstzahlerleistung: Laborkosten 134,07 € zzgl. 3,73 € Versandkosten, hinzu kommen ggf. Kosten für Blutentnahme und Beratung.

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

## EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

zur Durchführung einer genetischen Untersuchung  
nach dem Gendiagnostik-Gesetz durch das Labor Enders



0053 0062 00

Vorgesehene Untersuchung:

### Bestimmung des kindlichen Rhesusfaktor D aus mütterlichen Blut

Hiermit erteile ich mein Einverständnis für die Durchführung der oben genannten Untersuchung. Über Zweck, Art, Umfang und Aussagekraft dieser Untersuchung wurde ich von meinem Arzt hinreichend informiert.

Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung bis zum Zeitpunkt der Untersuchung jederzeit widerrufen kann.

Ich habe zur Kenntnis genommen, dass eine Befundmitteilung durch das Labor direkt an den Patienten nicht zulässig ist.

Nachdem die nachfolgenden Fragen mit Ihnen erörtert wurden, beantworten Sie bitte diese durch Ankreuzen mit Ja oder Nein:

Ich bin damit einverstanden, dass meine Probe für eine ggf. erforderliche Überprüfung des Ergebnisses bzw. für Nachforderungen im Labor aufbewahrt wird.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ich bin damit einverstanden, dass anonymisiertes Probenmaterial zum Zwecke der internen Qualitätssicherung verwendet wird.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ich bin damit einverstanden, dass die Ergebnisse meiner Untersuchungen im Labor bzw. der Arztpraxis länger als 10 Jahre aufbewahrt werden können.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Ich bin damit einverstanden, dass folgender weitere(r) Ärztin / Arzt ebenfalls eine Befundmitteilung erhält:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
_____		

Ort

Datum

Unterschrift der Patientin oder des gesetzlichen Vertreters

Name des aufklärenden Arztes

Unterschrift des aufklärenden Arztes

