

P R I V A T



LABOR
AUGSBURG MVZ

Ihr Labor - Kompetenz & Service

Labor Augsburg MVZ GmbH
MVZ Labor Bochum MLB GmbH
Labor Hannover MVZ GmbH

Mutterschutzgesetz Biostoffverordnung

Labor Mainz MVZ GmbH
Labor an der Salzbrücke MVZ GmbH

Name, Vorname, Anschrift des Patienten

geb. am

Hier bitte Arzt/Patientenbarcode aufbringen



Tagesnummernbarcode



Geschlecht

Rechnungsstellung an:



Patient



*Einsender



BG

Befund:



2-fach

Abnahmedatum

T T M M J J

Abnahmezeit

h h m m

***nur für Studien, arbeitsmedizinische Untersuchungen und Gutachten**

zusätzliche Angaben

Diagnose / Verdachtsdiagnose

Arztstempel und Unterschrift überw. Arzt

- | | | |
|---------------------------------------------|------|-------|
| <input type="checkbox"/> B. pertussis IgG | PTOX | Serum |
| <input type="checkbox"/> Masernvirus IgG | *MA1 | Serum |
| <input type="checkbox"/> Mumpsvirus IgG | *MU1 | Serum |
| <input type="checkbox"/> Röteln IgG | RLIG | Serum |
| <input type="checkbox"/> Parvovirus B19 IgG | *PA1 | Serum |

- | | | |
|------------------------------------------------|------|-------|
| <input type="checkbox"/> Varicella Zoster IgG | *VA1 | Serum |
| <input type="checkbox"/> Cytomegalie-Virus IgG | *ZY1 | Serum |
| <input type="checkbox"/> Anti-HAV | HAVA | Serum |
| <input type="checkbox"/> Anti-HBs | A-HB | Serum |

Ich bin damit einverstanden, dass die angeforderten Leistungen in einem Labor der Laborgruppe Augsburg (die Labore sind oben genannt) durchgeführt werden und meine personenbezogenen Daten in diesem Zusammenhang an die Laborgruppe weitergegeben und dort verarbeitet werden. Diese Einwilligung umfasst auch eine Weiterüberweisung an kooperierende Labore mit Spezialdiagnostik (Liste einsehbar unter www.labor-augsburg-mvz.de/diagnostik/fremdlabore) sowie den konsiliarischen Austausch der behandelnden Ärzte untereinander. Die Leistungen werden privatärztlich nach GOÄ liquidiert und sind von mir unabhängig von der Erstattung durch meine private Krankenversicherung zu begleichen.

Datum _____

Unterschrift Patient/in _____