

P R I V A T



LABOR  
AUGSBURG MVZ  
Ihr Labor - Kompetenz & Service

# Mutterschutzgesetz Biostoffverordnung

Name, Vorname, Anschrift des Patienten

geb. am

Labor Augsburg MVZ GmbH  
MVZ Labor Bochum MLB GmbH  
Labor Hamburg-Lübeck MVZ GmbH

Labor Hannover MVZ GmbH  
Labor Mainz MVZ GmbH  
Labor an der Salzbrücke MVZ GmbH

Hier bitte Arzt/Patientenbarcode aufbringen



Tagesnummernbarcode



Geschlecht

Rechnungsstellung an:

Befund:



Patient



\*Einsender



BG



2-fach

Abnahmedatum

Abnahmezeit

T T M M J J | h h m m

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

zusätzliche Angaben

Diagnose / Verdachtsdiagnose

Arztstempel und Unterschrift überw. Arzt

- B. pertussis IgG    PTOX    Serum
- Masernvirus IgG    \*MA1    Serum
- Mumpsvirus IgG    \*MU1    Serum
- Röteln IgG    RLIG    Serum
- Parvovirus B19 IgG    \*PA1    Serum

- Varicella Zoster IgG    \*VA1    Serum
- Cytomegalie-Virus IgG    \*ZY1    Serum
- Anti-HAV    HAVA    Serum
- 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](http://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 \_\_\_\_\_