

# P R I V A T

Name, Vorname, Anschrift des Patienten

geb. am

## Labor Schottdorf MVZ GmbH

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

## Mutterschutzgesetz Biostoffverordnung

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

Hier bitte Arzt/Patientenbarcode aufbringen



Tagesnummernbarcode



wird vom Labor vergeben



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 |

Die angeforderten Laborleistungen werden in einem Labor-MVZ durch die dort angestellten Ärzte erbracht. Ich willige in die hiermit verbundene Erhebung, Verarbeitung, Nutzung und Übermittlung der für die Erbringung der Leistung erforderlichen personenbezogenen Daten ein. Ich willige ein, dass mit den entsprechenden Untersuchungen befasste Ärzte diese Daten zum Zwecke der gemeinsamen Befunderstellung, Befundauswertung sowie konsiliarischen Verständigung verwenden. Die Einwilligung bezieht sich auch auf die evtl. erforderliche Weiterüberweisung einzelner Laborleistungen.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_