Krankenkasse bzw. Kostenträger Name, Vorname des Versicherten geb. am			Anforderungsschein für Untersuchungen auf Immunschwäche, ME/CFS, Long-COVID		Siemensstraße 40 Tel. 05222 8076-0 www.laborkrone.de	
Kassen-Nr. Betriebsstätten-Nr.	Versicherten-Nr. Arzt-Nr.	Status Datum	Barco	de hier kleben!	schwanger SSW/SST WWT Abnahmedatum Abnahmezeit	
□ weiblich □ divers	□ männlich □ unbestimmt	□ Telefon □ Fax		nnung an Patient/in ung an Patient/in	□ Befundkopie an Patient/in□ Nachanforderung	
Klinische A	ngaben / Anamnese			Einsenderinform	ationen	
Untersuch	ungsauftrag					
Eisenha Ferritin, Ferritin-	Transferrin-Rezeptor lö	slich,	S	APS (Anti-Phospholipid-Syndrom) bei Long-COVID Cardiolipin-Autoantikörper, Beta-2-Glykoprotein-Autoantikörper, Lupus-Antikoagulanz		
Blutbild	schwäche Stufe 1 mit Differentialblut, komplement, Immunglo	SG buline, IgG-Subklass	E en	ME/CFS Immunstatus groß, akute und chronische T-Zell-Aktivierungsmarker, Eisenhaushalt, Immunglobuline inkl. IgE, C3c-/C4-Komplement, Vitamin D3, CMV-PCR,		
	chwäche Stufe 2 zellul tatus klein	är	E	L-2-Rezeptor, Interleukin 6, TNF-alpha		
Immunschwäche Stufe 2 humoral C3c-/C4-Komplement, Pneumokokken Impfantikörper			S	(Long-COVID) Immunstatus groß, akute und chronische T-Zell-Aktivierungsmarker, Eisenhaushalt, Immunglobuline inkl. IgE, C3c-/C4-Komplement, Vitamin D3, löslicher IL-2-Rezeptor, Interleukin 6, TNF-alpha		
weitere	Anforderungen:			Postinfektiöses Erschöpfungssyndrom (Long-COVID 2) Immunstatus groß, akute und chronische T-Zell-Aktivierungsmarker, Eisenhaushalt, Immunglobuline inkl. IgE, C3c-/C4-Komplement, Vitamin D3, löslicher IL-2-Rezeptor, Interleukin 6, TNF-alpha, SARS-CoV-2-Antikörper, TSH-Rezeptor-Antikörper, Mikrosomen-Autoantikörper		
Material: S	Serum, bei Postvers	and gefroren	Serum gefro	ren E EDTA-	Blut (frisch) CPG Citratplasma gefroren	





Datenschutzhinweise

Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist die IMEDAC GmbH, Siemensstraße 40, 32105 Bad Salzuflen, welche im Auftrag für verschiedene Labore handelt. Unseren Datenschutzbeauftragten erreichen Sie unter datenschutz@imedac.de. Die Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung Ihrer Daten sind die Erfüllung von Verträgen, die Wahrung des berechtigten Interesses, Ihre Einwilligung sowie die Erfüllung rechtlicher Verpflichtungen. Die Datenverarbeitung erfolgt zur Erbringung der angeforderten Laboranalysen bei den Auftragslaboren. Verarbeitet werden u. a. personenbezogene Daten wie Name, Geburtsdatum, Geschlecht, Anschrift, Krankenversicherungsdaten, Abrechnungsart, ggf. Bankverbindung, anamnestische Daten, (Verdachts-) Diagnose sowie zu untersuchende Parameter, die uns übermittelt werden. Wir erhalten Ihre Daten über den von Arzt/Klinik/Labor übersandten Laboranforderungsschein mit den entsprechenden Angaben. Es gelten gesetzliche Aufbewahrungsfristen für die Speicherung Ihrer Daten (mind. 10 Jahre). Wenn Sie von Ihrem Recht auf Auskunft/Löschung/Berichtigung/Widerspruch/Einschränkung der Verarbeitung Gebrauch machen möchten, kontaktieren Sie uns bitte (datenschutz@imedac.de). Einwilligungen können jederzeit mit zukünftiger Wirkung widerrufen werden. Sie haben darüber hinaus ein Beschwerderecht bei einer Aufsichtsbehörde. Alle Details zur Datenverarbeitung und Ihren Rechten und Pflichten sowie eine Liste unserer Auftragslabore entnehmen Sie bitte der detaillierten Datenschutzerklärung auf unserer Webseite: https://www.imedac.de/datenschutzerklaerung/

IGeL

Patientenvereinbarung über privatärztliche Abrechnung von medizinischen Leistungen außerhalb der Erstattungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung (IGeL)

Als Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse möchte ich die umseitig angeforderte(n), privatärztliche(n) Laboranalyse(n) in Anspruch nehmen. Mir ist bekannt, dass diese von mir gewünschte(n) ärztliche(n) Leistung(en) in meinem Fall nicht von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen wird/werden. Ich werde die Kosten (Abrechnung nach der Gebührenordnung für Ärzte [GOÄ] nach aktuellem Stand) selbst tragen. Gleiches gilt für die bei meinem behandelnden Arzt anfallenden Kosten. Mir ist ferner bekannt, dass für meine Krankenkasse keine Verpflichtung besteht, die Kosten ganz oder anteilig zu übernehmen.

 Datum	Unterschrift der Patientin/des Patienten