

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

☐ Befund
eilt, Übermittlung an

☐ Telefon

☐ Fax Nr. _____

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag

Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülerunfällen

Überweisungsschein für in-vitro-diagnostische Auftragsleistungen



Kurativ



Präventiv



bei belegärztl.
Behandlung



Unfall,
Unfallfolgen

Auftragsnummer des Labors

Hier bitte sorgfältig
Barcode-Etikett einkleben!

Knappschafts-
kennziffer

Quartal

Geschlecht

☐ Kontrolluntersuchung
bekannte Infektion

☐ SER

☐ eingeschränkter
Leistungsanspruch
gemäß § 16
Abs. 3a SGB V

☐ Empfängnisregelung, Sterilisation,
Schwangerschaftsabbruch

SSW

Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt

Muster 10 (4.2024)

LABOR ENDERS

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



0053 0051 01



Deutsche
Akkreditierungsstelle
D-ML-17120-01-00

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

7,5 ml EDTA-Blut, unzentrifugiert, 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. **Auch barcodierte Monovetten müssen komplett beschriftet sein!**

Abnahmedatum: _____

Blutgruppe der Mutter: _____
A B O RhD

Uhrzeit: _____

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

Anzahl der Feten: _____ nur bei Einlingen Leistung der GKV!

Bei Zwillingsschwangerschaften Abrechnung als IGeL (Preise gelten zum Zeitpunkt der Drucklegung - Änderungen vorbehalten):

Laborkosten 134,07 € zzgl. 5,54 € Versandkosten, hinzu kommen ggf. Kosten für Blutentnahme und Beratung.

03/2026

Name

Vorname

Geburtsdatum

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

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



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.	☐ Ja	☐ Nein
Ich bin damit einverstanden, dass anonymisiertes Probenmaterial zum Zwecke der internen Qualitätssicherung verwendet wird.	☐ Ja	☐ Nein
Ich bin damit einverstanden, dass die Ergebnisse meiner Untersuchungen im Labor bzw. der Arztpraxis länger als 10 Jahre aufbewahrt werden können.	☐ Ja	☐ Nein
Ich bin damit einverstanden, dass folgender weitere(r) Ärztin / Arzt ebenfalls eine Befundmitteilung erhält:	☐ Ja	☐ Nein

Ort

Datum

Unterschrift der Patientin oder des gesetzlichen Vertreters

Name des aufklärenden Arztes

Unterschrift des aufklärenden Arztes