

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgerkennung	Versicherten Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Bitte dieses Feld nicht bekleben!

Nur für labor-interne Zwecke!

Entnahme-Dat.:	Uhrzeit:	Pat.-Angaben:
		<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Entnehmende Person:		

Praxisstempel

Bei Nachbestellung diese Belegnummer angeben:



0035 0442 01

**Demenzdiagnostik im Blut**

Diagnose:

**Anforderung**

- |  |     |        |
|--|-----|--------|
| <input type="checkbox"/> Alzheimer-Profil mit PPD-Score<br>(pTau217, pTau181, Amyloid-Quotient, PPD-Score) | EP  | 207,64 |
| <input type="checkbox"/> Aβ-Quotient (1-42/1-40) (Fujirebio)   | EP  | 100,54 |
| <input type="checkbox"/> P-Tau 181P (Fujirebio)  | EP  | 50,27  |
| <input type="checkbox"/> P-Tau 217P (Fujirebio)  | EP  | 56,83  |
| <br>   |     |        |
| <input type="checkbox"/> Apolipoprotein E-Genotyp  | E § | 134,07 |

**Präanalytik zum Alzheimer-Profil:**

Untersuchungsmaterial ist 2 ml EDTA-Plasma, gekühlt oder gefroren.

Die Blutentnahme sollte möglichst nüchtern erfolgen, das Röhrchen mehrfach vorsichtig schwenken, Hämolyse vermeiden.

Gekühlt gelagert, sollte das Plasma binnen 24 Stunden von den korpuskulären Blutbestandteilen getrennt werden. Danach ist mindestens drei Tage lang von Stabilität auszugehen, bei -20° C mindestens zwei Wochen.

Ungekühlt muss das Plasma nach drei Stunden vom Blutkuchen getrennt werden.

**Einwilligungserklärung zur humangenetischen Diagnostik (nur bei APO E-Genotyp erforderlich)**

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zur Probenahme und zur Durchführung einer humangenetischen Untersuchung zur Abklärung der oben bezeichneten Fragestellung bzw. Genanalyse. Ich wurde über das Wesen, die Bedeutung und Tragweite der Analyse aufgeklärt. Die durchzuführende Untersuchung richtet sich gezielt und ausschließlich auf diese Fragestellung und dient nicht der Erlangung von Aussagen zu eventuellen anderen Krankheiten oder Erbanlagen. Mir wurde eine angemessene Bedenkzeit eingeräumt und ich habe derzeit keine weiteren Fragen. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit widerrufen und von einer Mitteilung über das Ergebnis der Untersuchung Abstand nehmen kann.

Ich bin damit

- einverstanden       nicht einverstanden

dass verbleibendes Probenmaterial für eine spätere Nachprüfbarkeit der Ergebnisse, Nachforderungen durch meine Ärztin / meinen Arzt und wissenschaftliche Zwecke bis auf Widerruf aufbewahrt werden kann.

**Patientenvereinbarung über privatärztliche Abrechnung von medizinischen Leistungen außerhalb der Erstattungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen**

Als Mitglied der gesetzlichen Krankenkasse möchte ich die oben aufgeführten, privatärztlichen Leistungen in Anspruch nehmen. Mir ist bekannt, dass diese von mir gewünschten Leistungen in meinem Fall nicht von der gesetzlichen Krankenkasse übernommen werden. Ich werde die Kosten entsprechend o.g. Aufstellung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ 96) selbst tragen. Mir ist ferner bekannt, dass für meine Krankenkasse keine Verpflichtung besteht, die Kosten ganz oder anteilig zu übernehmen. Mit der Abrechnung der Leistungen durch das Medizinische Labor Bremen bzw. über die Privatverrechnungsstelle für Ärzte (PVS) bin ich einverstanden.

Ort, Datum, Unterschrift

Probenmaterial

E = EDTA-Blut  
 EP = EDTA-Plasma

§ = Für diese Untersuchung ist eine vom Patienten unterschriebene Einverständniserklärung laut Gendiagnostikgesetz erforderlich.

Bitte beachten Sie die Datenschutz-Hinweise auf der Rückseite!

12/2024 V1.1



Deutsche Akkreditierungsstelle  
 D-ML-13439-01-00