



Maria-Goeppert-Straße 9a  
23562 Lübeck

Postfach 11 12 01  
23521 Lübeck

Telefon 0451 / 580 840-0  
Telefax 0451 / 580 840-17

info@hp-hl.de  
www.hp-hl.de

Name Versicherte/Versicherter	Vorname	geb. am
Ehegatte/Kind	Vorname	geb. am
Arbeitgeber/Freiw./Rentnerin/Rentner		
Wohng. Patientin/Patient		
Abrechnung mit	<b>Krankenhaus</b>	<b>Ambulant</b>
<b>KV</b>	Regelleistung Chefärztliche Wahlleistung	Privat §116b

### Antrag auf hämatopathologische Begutachtung

Bitte freilassen

#### Diagnose / Fragestellung

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### Zusatzanalysen (bitte ankreuzen)

Durchflusszytometrie      Zytogenetik (Heparin-KM-Aspirat notwendig!)  
Molekulargenetik (z. B. NGS, Jak2, Calr, MPL)

#### Material / Lokalisation

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Bitte freilassen

Ausstriche vom Knochenmark: \_\_\_\_\_ vom peripheren Blut: \_\_\_\_\_

Hb	_____ g/dl
Leuko	_____ /nl
Thrombo	_____ /nl
MCV	_____ MCH _____
Ferritin	_____
Vit. B12	_____ Folat _____
Retikuloz.	_____ %
RPI	_____
Seg	_____ %
Eos.	_____ %
Baso.	_____ %
Lympho.	_____ %
Mono.	_____ %
Stab.	_____ %
Blasten	_____ %

Bitte einen Laborausdruck beifügen!

ja nein k.A.

Monoklonale Gammopathie: Typ: \_\_\_\_\_

Lymphknotenvergrößerung: Wo? \_\_\_\_\_

Milzvergrößerung:

Lebervergrößerung:

Alkoholabusus:

Medikamente / \_\_\_\_\_

Therapien: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sonstige wesentliche Erkrankungen/Befunde:

(z. B. Zytogenetik, Molekulargenetik)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Frühere Histologien? Nr.: \_\_\_\_\_ Wo? \_\_\_\_\_

#### EINSENDER (Stempel)

Station:

Telefon:

Bitte rückseitige Patienteneinwilligung zur Datenweitergabe an Abrechnungsstelle ausfüllen!

Datum

Name (leserlich)

Unterschrift

# Einwilligungserklärung



**Die PVS**<sup>®</sup>  
Schleswig-Holstein • Hamburg  
Ärztliche Gemeinschaftseinrichtung

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

zur Abrechnung unserer Ihnen gegenüber erbrachten Leistungen beabsichtigen wir, die PVS/ Schleswig-Holstein • Hamburg zu beauftragen. Durch diese erhebliche Entlastung von Verwaltungsarbeiten gewinnen wir mehr Zeit zur optimalen Betreuung unserer Patienten. Die PVS ist bereits 1926 als berufsständische Gemeinschaftseinrichtung von Ärzten/Zahnärzten gegründet worden. Sie steht unter ärztlicher Leitung und Ihre Honorarabrechnung erfolgt nach unseren Vorgaben. Die PVS unterliegt als Berufsgeheimnisträger, so wie wir selbst auch, den Bestimmungen der gesetzlichen Schweigepflicht und des Datenschutzes.

1. Ich bin mit der Weitergabe der zum Zweck der Abrechnung der erbrachten ärztlichen Leistungen jeweils erforderlichen, insbesondere der Patientenkartei entnommenen Informationen (Name, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnose, Kostenträger, Untersuchungs- und Behandlungsdaten) sowie der Abtretung der Forderung zum Zweck des Einzuges an die PVS/ Schleswig-Holstein • Hamburg, Moltkestr. 1, 23795 Bad Segeberg, einverstanden.
2. Sollte es über die Berechtigung der Forderung unterschiedliche Auffassungen geben, bin ich mit der Weitergabe der zur Rechnungsbegründung darüber hinaus erforderlichen Daten aus der Patientenkartei an die PVS/ Schleswig-Holstein • Hamburg einverstanden.
3. Diese Erklärung gilt auch für Forderungen, die aus zukünftigen Behandlungen entstehen. Sie kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft gegenüber meinem Arzt oder der PVS/ Schleswig-Holstein • Hamburg schriftlich widerrufen werden. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund dieser Einwilligung bis dahin erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Im Falle des Widerrufs findet zwischen Arzt/Praxis und der PVS/ Schleswig-Holstein • Hamburg keine weitere Datenübermittlung mehr statt.

## Hiermit erteile ich meine Einwilligung:

Nachname (Patient)

Vorname (Patient)

Geburtsdatum (Patient)

ggf. Name, Vorname (gesetzliche/r Vertreter)

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Ort, Datum

Unterschrift (Patient/in bzw. gesetzliche/r Vertreter)

Unterzeichnet bei minderjährigen Kindern ein Elternteil allein, so sichert er ausdrücklich zu, dass die Einwilligung des anderen Sorgeberechtigten ebenfalls vorliegt.

**Hämatopathologie Lübeck**  
**Konsultations- und Referenzzentrum für**  
**Lymphom- und Knochenmarkdiagnostik**  
**Feller und Partner (Fachärzte für Pathologie)**

**Maria-Goeppert-Str. 9a**  
**23562 Lübeck**

**Tel.: 0451 / 580 840 0 • Fax 0451 / 580 840 17**