

Patienten-Daten

Name, Vorname des Patienten, Adresse

geb. am

UNTERSUCHUNGS-AUFTRAG
für Privatpatienten

Nr. 213283

MVZ Laborzentrum Ettlingen GmbH

Otto-Hahn-Straße 18 • 76275 Ettlingen • Tel. 07243 516-304 • Fax 07243 516-393

Rechnung an:

Privatpatient(in)

männl.

weibl.

Probenmaterial:

Diagnose:

Abnahme-Datum Uhrzeit:

Barcode

Datum, Arztstempel und Unterschrift

Material: C = Citratplasma, E = EDTA-Blut, H = Heparinblut, S = Serum, St = Stuhl, U = Urin

Bitte gewünschte Untersuchungen anstreichen!

Autoantikörper	Mat.	Hormone	Mat.	Oxidat.-/Nitrosat./Neuro-Stress	Mat.	Mineralstoffe / Vitamine	Mat.
<input type="checkbox"/> Adiponectin	S	<input type="checkbox"/> Androstendion	S	<input type="checkbox"/> Antioxidative Kapazität(AOC)	S	<input type="checkbox"/> Calcium	S
<input type="checkbox"/> AMA	S	<input type="checkbox"/> Cortisol	S	<input type="checkbox"/> Coenzym Q10	S	<input type="checkbox"/> Kalium / Blut	H
<input type="checkbox"/> ANA	S	<input type="checkbox"/> DHEA-S	S	<input type="checkbox"/> Glutathion in Lymph.	H	<input type="checkbox"/> Magnesium / Blut	H
<input type="checkbox"/> ANA/ANF	S	<input type="checkbox"/> DHEA, frei	S	<input type="checkbox"/> Glutathion-Peroxidase	E	<input type="checkbox"/> Mangan / Blut	H
<input type="checkbox"/> p-/c-ANCA	S	<input type="checkbox"/> Dihydrotestosteron	S	<input type="checkbox"/> Kupfer	S	<input type="checkbox"/> Selen / Blut	H
<input type="checkbox"/> Anti-CCP	S	<input type="checkbox"/> FSH	S	<input type="checkbox"/> Malondialdehyd	S gefr.	<input type="checkbox"/> Zink / Blut	H
<input type="checkbox"/> Antistreptolysin (ASL)	S	<input type="checkbox"/> LH	S	<input type="checkbox"/> OHDG	U gefr.	<input type="checkbox"/> Beta-Carotin	S
<input type="checkbox"/> ASMA (Glatte Musk.)	S	<input type="checkbox"/> Östradiol (E2)	S	<input type="checkbox"/> ox. LDL	S	<input type="checkbox"/> Vitamin A	S
<input type="checkbox"/> Endomysium-AK	S	<input type="checkbox"/> Östron	S	<input type="checkbox"/> Selen	S	<input type="checkbox"/> Vitamin B1 / Blut	E
<input type="checkbox"/> Gliadin-IgA,-IgG-AK	S	<input type="checkbox"/> Progesteron	S	<input type="checkbox"/> Superoxid-Dismutase (SOD)	E	<input type="checkbox"/> Vitamin B2 / Blut	E
<input type="checkbox"/> Inselzell-AK	S	<input type="checkbox"/> 17-OH-Progesteron	S	<input type="checkbox"/> Arginin	S	<input type="checkbox"/> Niazin (Vit. B3)	S
<input type="checkbox"/> Intrinsicfaktor-AK	S	<input type="checkbox"/> Prolaktin	S	<input type="checkbox"/> Citrullin/g Kreatinin	U	<input type="checkbox"/> Pantothensäure (Vit. B5)	S
<input type="checkbox"/> Rheumafaktor	S	<input type="checkbox"/> SHBG	S	<input type="checkbox"/> 3-Nitrotyrosin	S	<input type="checkbox"/> Vitamin B6	S
<input type="checkbox"/> Transglutaminase-AK	S	<input type="checkbox"/> Testosteron, ges. <input type="checkbox"/> frei	S	<input type="checkbox"/> Neurostress-Index	S	<input type="checkbox"/> Folsäure (Vit. B9)	S
Hämатologie / Eisenstoffw.		Schilddrüse		Infektionsdiagnostik		<input type="checkbox"/> Vitamin B12	S
<input type="checkbox"/> Blutgruppe (richtlinienkonform)	E	<input type="checkbox"/> Calcitonin	S	<input type="checkbox"/> Chlamydien-Serologie	S	<input type="checkbox"/> Vitamin C	S
<input type="checkbox"/> Coombs-Test, direkt	E	<input type="checkbox"/> FT3	S	<input type="checkbox"/> Epstein-Barr-Virus	S	<input type="checkbox"/> 25-OH-Vitamin D	S
<input type="checkbox"/> Erythropoietin	S	<input type="checkbox"/> FT4	S	<input type="checkbox"/> Helicobacter pylori-Serol.	S	<input type="checkbox"/> 1.25 Di-OH-Vitamin D	S
<input type="checkbox"/> Ferritin	S	<input type="checkbox"/> Schilddrüsen-AK	S	<input type="checkbox"/> Hepatitis-Serologie	S	<input type="checkbox"/> Vitamin E	S
<input type="checkbox"/> Haptoglobin	S	<input type="checkbox"/> TAK	S	<input type="checkbox"/> Hepatitis A (AHAV)	S	<input type="checkbox"/> Biotin (Vitamin H)	S
<input type="checkbox"/> Hb-Elektrophorese	E	<input type="checkbox"/> TRAK	S	<input type="checkbox"/> HBS Antigen	S	Tumormarker	
<input type="checkbox"/> Holotranscobalamin	S	<input type="checkbox"/> TPO-MAK	S	<input type="checkbox"/> Hepatitis B (AHBS)	S	<input type="checkbox"/> AFP	S
<input type="checkbox"/> Methylmalonsäure	S	<input type="checkbox"/> TSH basal	S	<input type="checkbox"/> Hepatitis C (AHCV)	S	<input type="checkbox"/> CA 125	S
<input type="checkbox"/> Transferrinsättigung	S			<input type="checkbox"/> HIV-I/II-Kombitest	S	<input type="checkbox"/> CA 15-3	S
<input type="checkbox"/> Lösl. Transferrin-Rez.	S			<input type="checkbox"/> Lues-Serologie	S	<input type="checkbox"/> CA 19-9	S
<input type="checkbox"/> Urobilinogen	U			<input type="checkbox"/> Mycoplasmen-Serologie	S	<input type="checkbox"/> CEA	S
Herz / Gefäße		Knochenstoffwechsel		<input type="checkbox"/> Tuberkulose, Elispot (IGRA) frisch 2xH		<input type="checkbox"/> M2PK	E
<input type="checkbox"/> Antithrombin III	C	<input type="checkbox"/> Crosslaps	S	"Leaky Gut"- Diagnostik		<input type="checkbox"/> NMP22 (Spezialgefäß)	U
<input type="checkbox"/> Apolipoprotein A1	S	<input type="checkbox"/> ICTP	S	<input type="checkbox"/> "Leaky Gut"-Profil	S	<input type="checkbox"/> p53-AK	S
<input type="checkbox"/> Apolipoprotein B	S	<input type="checkbox"/> Ostase	S	(Zonulin + 24 Nahrungsmittelantigene)		<input type="checkbox"/> PSA	S
<input type="checkbox"/> CRP, sensitiv	S	<input type="checkbox"/> Parathormon intakt	S,E	<input type="checkbox"/> Zonulin	S,St	<input type="checkbox"/> ggf. PSA, freies	S
<input type="checkbox"/> BNP	E			<input type="checkbox"/> Firmicutes/Bacteroidetes-	St	<input type="checkbox"/> Hämoglobin-Haptoglobin-	St
<input type="checkbox"/> NT-pro BNP	S	Lipidstoffwechsel		-Ratio (FiBa-Ratio)		Komplex	
<input type="checkbox"/> D-Dimere	C	<input type="checkbox"/> Cholesterin	S	<input type="checkbox"/> Sonstiges:			
<input type="checkbox"/> Homocystein	S	<input type="checkbox"/> HDL	S				
<input type="checkbox"/> Myoglobin	S	<input type="checkbox"/> LDL	S				
<input type="checkbox"/> Ox. LDL-Cholesterin	S	<input type="checkbox"/> Lipoprotein (a)	S				
<input type="checkbox"/> Troponin I	S	<input type="checkbox"/> Triglyceride	S				

Nur für Rechnung an Patienten!

Ich beauftrage das MVZ Laborzentrum Ettlingen GmbH mit der Durchführung der oben beantragten laborärztlichen Leistungen. Mir ist bekannt, dass ich diese vorgenannten Leistungen privat nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zu bezahlen habe.

Datum

Unterschrift Patient

Version 2.1