

Patienten-Daten

Name, Vorname des Patienten, Adresse

geb. am

**IGeL – UNTERSUCHUNGS-AUFTRAG**  
**Lymphozytentransformations-Test (LTT)**

Nr. 213433

**MVZ Laborzentrum Ettlingen GmbH**

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

Bitte dieses Feld

nicht über

labor intern

Bestimmung an:  Patient

männl.

weibl.

Probenmaterial:

Diagnose:

Abnahme-Datum / Uhrzeit:

ICD-Code

Datum, Arztstempel und Unterschrift

**Material:** Heparinblut 20 ml (2 Röhrchen), Tagesfrisch (Botendienst)  
**nicht kühlen!** Versand montags bis donnerstags,  
**nicht** freitags oder vor Feiertagen Telefon: 07243-516324  
 Serum, EDTA-Blut (1 Röhrchen)

Bitte gewünschte Untersuchungen anstreichen!

Lymphozytentransformations-Test	€		€	Borrelien-Serologie	€
<input type="checkbox"/> Borrelien (4 Antigene)	120,20	<input type="checkbox"/> Chlamydien trachom. (1 Antigen)	33,22	<input type="checkbox"/> Borrelien-Elisa-IgG	20,40
<input type="checkbox"/> Borrelien / Ehrlichien (4 Antigene)	120,20	<input type="checkbox"/> Chlamydien pneum. (1 Antigen)	33,22	<input type="checkbox"/> Borrelien-Elisa-IgM	20,40
<input type="checkbox"/> Anaplasmen / Ehrlichien	33,22	<input type="checkbox"/> Chlamydien (1 Mischantigen)	33,22	<input type="checkbox"/> Borrelien-Immunoblot-IgG	46,63
<input type="checkbox"/> Yersinien 03,09,ps. (3 Antigene)	82,00			<input type="checkbox"/> Borrelien- Immunoblot-IgM	46,63
<input type="checkbox"/> <b>CD 57</b>		Material: EDTA-Blut (1 Röhrchen)	71,11	Material: Serum	

**IGeL-Preis: je Antigen 33,22 € (GOÄ 3694)**

**LTT auf weitere Infektantigene**

- |   |   |   |                                      |                              |
|---|---|---|--------------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aspergillus, mix | <input type="checkbox"/> CMV              | <input type="checkbox"/> EBV (lytic und latent) | <input type="checkbox"/> HSV 2       | <input type="checkbox"/> VZV |
| <input type="checkbox"/> Candida          | <input type="checkbox"/> Coxsackie (Pool) | <input type="checkbox"/> HSV 1                  | <input type="checkbox"/> Mykoplasmen |                              |

**LTT auf Metalle / Nichtmetalle**

- |                                    |                                  |  |                                    |                                    |
|------------------------------------|----------------------------------|--|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aluminium | <input type="checkbox"/> Cer     | <input type="checkbox"/> Kobalt              | <input type="checkbox"/> Rhodium   | <input type="checkbox"/> Thallium  |
| <input type="checkbox"/> Antimon   | <input type="checkbox"/> Chrom   | <input type="checkbox"/> Kupfer              | <input type="checkbox"/> Rubidium  | <input type="checkbox"/> Titan     |
| <input type="checkbox"/> Arsen     | <input type="checkbox"/> Eisen   | <input type="checkbox"/> Mangan              | <input type="checkbox"/> Ruthenium | <input type="checkbox"/> Vanadium  |
| <input type="checkbox"/> Barium    | <input type="checkbox"/> Gallium | <input type="checkbox"/> Molybdän            | <input type="checkbox"/> Selen     | <input type="checkbox"/> Wolfram   |
| <input type="checkbox"/> Bismut    | <input type="checkbox"/> Gold    | <input type="checkbox"/> Nickel              | <input type="checkbox"/> Silber    | <input type="checkbox"/> Zink      |
| <input type="checkbox"/> Blei      | <input type="checkbox"/> Indium  | <input type="checkbox"/> Palladium           | <input type="checkbox"/> Silicium  | <input type="checkbox"/> Zinn      |
| <input type="checkbox"/> Bor       | <input type="checkbox"/> Iridium | <input type="checkbox"/> Platin              | <input type="checkbox"/> Strontium | <input type="checkbox"/> Zirkonium |
| <input type="checkbox"/> Cadmium   | <input type="checkbox"/> Jod     | <input type="checkbox"/> Quecksilber anorg.. | <input type="checkbox"/> Tantal    | <input type="checkbox"/>           |

**IGeL-Preis: Zellisolierung pro Auftrag 23,32€(GOÄ 4003) plus je Antigen 33,22 € (GOÄ 3694)**

**LTT auf Immunmodulatoren**

- |   |  |  |                                    |
|---|--|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Echinacea comp. (Heel) | <input type="checkbox"/> Helixor P (Kiefer)    | <input type="checkbox"/> Iscador Q (Eiche) | <input type="checkbox"/> Thymorell |
| <input type="checkbox"/> Helixor A (Tanne)      | <input type="checkbox"/> Iscador M (Apfelbaum) | <input type="checkbox"/> Iscador M c. Arg  | <input type="checkbox"/> Thymosand |
| <input type="checkbox"/> Helixor M (Apfelbaum)  | <input type="checkbox"/> Iscador P (Kiefer)    | <input type="checkbox"/> Lektinol (Madaus) |                                    |

**LTT auf Zahnmaterialien** (s. Rückseite)

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Amalgam<br>(4 Antigene: Ag, Hg, In, Sn) | <input type="checkbox"/> Mercaptane/Thioether |
|--|---|

**LTT auf Medikamente\***

- 
- \* Bitte patienteneigenes originalverpacktes Medikament mit Patientenprobe einsenden!

**Sonstiges**

Diverse Zahnmaterialien (bitte zu untersuchendes Material ggf. Beipackzettel einsenden)

**Vereinbarung über die Anforderung von Individuellen Gesundheits-Leistungen**

IGeL sind individuelle Gesundheitsleistungen, die wünschenswert, aber nicht obligat erforderlich sind. Sie fallen deshalb nicht in das Leistungsspektrum gesetzlicher Krankenkassen.

Ich bitte daher, die oben beantragten Untersuchungen bei mir / für mich durchzuführen und entsprechend der gesetzlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) mit mir abzurechnen. Die Berechnung soll abweichend vom 1,15-fachen Regelsatz der GOÄ zum 1,0-fachen Mindestsatz erfolgen. (Ausnahme Borrelien/Ehrlichien-LTT: Sonderpreis). Ich bestätige, dass ich gewillt und in der Lage bin, den Rechnungsbetrag zu begleichen. Mit der Weitergabe der zur Rechnungsstellung, zum Einzug und zur Abtretung der Forderungen notwendigen Daten an diese Abrechnungsstelle bin ich einverstanden. Hierüber wurde ich von meiner Ärztin / meinem Arzt aufgeklärt.

Ort, Datum

Unterschrift Patient/in

## Lymphozytentransformationstest (LTT)

### LTT auf Amalgam

Quecksilber organisch  
Indium  
Silber  
Zinn

### LTT spez. Zahnimplantate

Bitte Implantatbestandteile mitschicken,  
da unterschiedliche Zusammensetzung der Materialien

### LTT auf Immunmodulatoren

Bei weiteren Immunmodulatoren  
bitte patienteneigenes  
originalverpacktes Material mit  
Patientenprobe einsenden !

### Sonstiges:

<u>LTT auf Nahrungsmittel</u>	<u>IGeL-Preise</u>
<b>LST Atopie klein:</b> Bet v 1 rekombinant Erdnuss (nativ)	89,76€
<b>LST Atopie Kind:</b> Bet v 1 rekombinant Erdnuss (nativ) Milcheiweiß Hühnereiweiß Weizenmehl	120,00€
<b>LST Atopie groß:</b> Bet v1 rekombinant Tropomyosin rekombinant Erdnuss (nativ) Milcheiweiß Hühnereiweiß Weizenmehl Roggenmehl	178,00€
<b>LST Milcheiweiß</b>	24,00€