

Name, Vorname geb. am

---

Datum

Hammfelddamm 6 - 41460 Neuss - Tel. +49 (0)2131-125969-0  
 Fax +49 (0)2131-125969-69 - info@invitalab.de - www.invitalab.de

In Kooperation mit  
 MVZ Dr. Stein + Partner

Abnahmedatum SSW

Klinische Angaben / Diagnose

Kostenträger  
 Patient  
 Einsender

Geschlecht  
 weiblich  
 männlich

Auftragsbarcode



Praxisstempel

## IGeL (Selbstzahler)

Fettstoffwechsel		
Arteriosklerose-Risiko durch pathogene LDL-Subfraktionen		
<input type="checkbox"/> Liposcan (incl. LDL Subfraktionen)	S	61,79
Arteriosklerose-Risiko durch		
<input type="checkbox"/> Oxidiertes LDL (LDLox)	S	27,98
<input type="checkbox"/> Lp(a)	S	17,49
Differenzierung der Fettsäuren		
<input type="checkbox"/> Fettsäurestatus	S	71,70
Arteriosklerose-Risiko durch Homocystein		
<input type="checkbox"/> Homocystein	SO/EP	33,22
Genetische Prädispositionen - Fettstoffwechsel		
<input type="checkbox"/> LIPIDgen OMNIUM	E	699,47
<input type="checkbox"/> HDLgen	E	256,47
<input type="checkbox"/> HDLgen PLUS	E	529,55
<input type="checkbox"/> LDLgen	E	256,47
<input type="checkbox"/> LDLgen PLUS	E	529,55
<input type="checkbox"/> HOMOCYSTEIN gen	E	134,06

Intoleranzen - Unverträglichkeiten		
Phänotyp		
<input type="checkbox"/> Histaminintoleranz (DAO)	S	43,72
<input type="checkbox"/> Lactoseintoleranz-Atemtest	So	47,80
<input type="checkbox"/> Fructoseintoleranz-Atemtest	So	47,80
Genotyp		
<input type="checkbox"/> Lactoseintoleranz LCT (13910)	E	99,09
<input type="checkbox"/> Fructoseintoleranz (ALDO-B)	E	134,07

MELISA (LTT) TYP IV-Allergien (Probenannahme im Labor nur Di.- Fr.)		
<input type="checkbox"/> Basisprofil	5x C	355,51
(Beryllium, Blei, Cadmium, Gold, Nickel, Palladium, Phenyl-Quecksilber, Quecksilber-Chlorid, Titan, Zinn)		
<input type="checkbox"/> Zusatzprofil	5x C	355,51
(Aluminium, Chrom, Indium, Cobalt, Kupfer, Ethyl-Quecksilber, Methyl-Quecksilber, Molybdän, Platin, Silber)		
<input type="checkbox"/> Kombiprofil (Basis- und Zusatzprofil in einem Auftrag)	6xC	678,72
<input type="checkbox"/> Metalle	5xC	588,05
(Quecksilber-Chlorid, Ethyl-Quecksilber, Methyl-Quecksilber, Phenyl-Quecksilber, Kupfer, Gold, Nickel, Palladium, Chrom, Cobalt, Molybdän, Silber, Zinn, Titandioxid, Platin, Cadmium, Arsen)		
<input type="checkbox"/> Amalgam	6xC	289,07
(Quecksilber-Chlorid, Ethyl-Quecksilber, Methyl-Quecksilber, Phenyl-Quecksilber, Kupfer, Silber, Zinn, Nickel)		
<input type="checkbox"/> Goldlegierungen	5xC	388,73
(Gold, Silber, Platin, Kupfer, Palladium, Zinn, Gallium, Indium, Iridium, Ruthenium, Nickel)		
<input type="checkbox"/> Implantatmaterial	5xC	488,39
(Titan, Titanoxid, Vanadium, Aluminium, Chrom, Kobalt, Molybdän, Gold, Nickel, Palladium, Silber, Platin, Iridium, Indium)		
<input type="checkbox"/> Titanlegierung	4xC	189,41
Titan, Titandioxid, Vanadium, Aluminium, Nickel		
<b>ACHTUNG! Blut darf bei Ankunft im Labor max. 48h alt sein. Für evtl. Expresstransport kontaktieren Sie uns bitte.</b>		
Nach Rücksprache		
<input type="checkbox"/> Medikamente	C	
<input type="checkbox"/> Nahrungsmittel u. Zusatzstoffe	C	
<input type="checkbox"/> Gluten	C	
<input type="checkbox"/> Weitere Pools siehe MELISA Bogen	C	
Bei fehlendem Bogen folgende Einzelbestimmungen vornehmen:		

Stuhldiagnostik		
Stuhl Flora Scan		
<input type="checkbox"/> SFS (Stuhl Flora Scan)	St	79,73
<input type="checkbox"/> quant. Bakteriologie	St	(*)
<input type="checkbox"/> quant. Mykologie	St	
<input type="checkbox"/> pH Bestimmung	St	
<input type="checkbox"/> Verdauungsrückstände	St	
<input type="checkbox"/> SFS plus (Stuhl Flora Scan plus)	St	184,06
<input type="checkbox"/> quant. Bakteriologie	St	
<input type="checkbox"/> quant. Mykologie	St	
<input type="checkbox"/> pH Bestimmung	St	
<input type="checkbox"/> Verdauungsrückstände	St	
<input type="checkbox"/> Pankreas Elastase 1	St	(27,98)
<input type="checkbox"/> Hämoglobin	St	(14,57)
<input type="checkbox"/> Hämoglobin/Haptoglobin	St	(14,57)
<input type="checkbox"/> sekretorisches IgA (slgA)	St	(8,74)
<input type="checkbox"/> Calprotectin	St	(27,98)
<input type="checkbox"/> alpha-1-Antitrypsin	St	(10,49)
(*) Bei positiven Ergebnissen kann aufgrund notwendiger Bestätigungsuntersuchungen ein Aufschlag bis zu 19,59 Euro berechnet werden.		
Weiterführende Stuhldiagnostik		
<input type="checkbox"/> M2-PK Tumormarker	St	26,23
<input type="checkbox"/> EPX/EDN	St	27,98
<input type="checkbox"/> Helicobacter pylori-Ag	St	14,57
<input type="checkbox"/> β-Defensin	St	27,98

**Wir bitten um Einsendung halbgefüllter Stuhlprobenröhrchen!**

Formular-Universal-Profil-1A - 10/2007  
 Powered by Mediaform.de



### TYP III-Allergie (verzögerter Typ)

Bei medizinischem Verdacht auf Nahrungsmittelallergie Typ III

#### Nutriscreen

<input type="checkbox"/> Basic, Nahrungsmittelgruppen (24)	S	64,12
<input type="checkbox"/> Basic, Einzelallergene (72)	S	116,56
<input type="checkbox"/> Plus, Einzelbestimmungen (264)	S	262,30
<input type="checkbox"/> Dreiergruppe mit Einzelbest.(3)	S	29,14
<input type="checkbox"/> Dreiergruppe ohne Einzelbest.(1)	S	14,57

ggf. Allergiediagnostikbogen anfordern und ausfüllen

### TYP I-Allergie (Soforttyp)

<input type="checkbox"/> IgE gesamt	S	14,57
-------------------------------------	---	-------

#### häufigste Allergene

<input type="checkbox"/> Milch (pasteurisiert)	S	14,57
<input type="checkbox"/> Weizenmehl	S	14,57
<input type="checkbox"/> Erdnuss	S	14,57
<input type="checkbox"/> Eiweiß (Eiklar)	S	14,57
<input type="checkbox"/> Haselnuss	S	14,57
<input type="checkbox"/> Hafermehl	S	14,57
<input type="checkbox"/> Apfel (grün)	S	14,57
<input type="checkbox"/> Sellerie	S	14,57
<input type="checkbox"/> Reis	S	14,57
<input type="checkbox"/> Milch (roh)	S	14,57
<input type="checkbox"/> Roggenmehl	S	14,57
<input type="checkbox"/> Karotte	S	14,57
<input type="checkbox"/> Maismehl	S	14,57
<input type="checkbox"/> Tomate	S	14,57
<input type="checkbox"/> Sojaeiweiß	S	14,57
<input type="checkbox"/> Gluten	S	14,57

<input type="checkbox"/> <b>IgE spez. (sonstige)</b>	<b>S</b>	
Bitte Pools oder Panels aufführen im ausführlichen Allergiebogen mit Liste aller Einzelallergene. Bei fehlendem Bogen folgende Einzelbestimmungen		
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

### Schimmelpilzexposition

#### Mycomold

<input type="checkbox"/> MycoMold	S	116,56
-----------------------------------	---	--------

### Genetik

#### Genetische Prädispositionen

<input type="checkbox"/> THROMBOgen (F II, F V Leiden, PAI)	S	192,20
<input type="checkbox"/> TAMOXIFENgen (CYP2D6 Dupl., CYP2D6*3, CYP2D6*4, CYP2D6*6, CYP2D6*7, CYP2D6*8)	E	186,54
<input type="checkbox"/> FEMgen (CYP1A1, CYP17A1, CYP1B1, COMT, ER, SULT1A1)	E	349,73
<input type="checkbox"/> OSTEOgen (IL-6, COL1A1, VDR, ER-a, RANK, RANKL, OPG, CALCR)	E	442,99

### Hormonbestimmung

<input type="checkbox"/> B-HCG	S,U	14,57
<input type="checkbox"/> DHEAS	S	20,40
<input type="checkbox"/> FSH	S	14,57
<input type="checkbox"/> LH	S	14,57
<input type="checkbox"/> Östradiol	S	20,40
<input type="checkbox"/> Prolactin	S	20,40
<input type="checkbox"/> Progesteron	S	20,40
<input type="checkbox"/> Testosteron gesamt	S	20,40
<input type="checkbox"/> AFP	S	14,57

### weitere Untersuchungen

<input type="checkbox"/> CRP	S	14,57
<input type="checkbox"/> Ferritin	S	14,57
<input type="checkbox"/> T3 freies	S	14,57
<input type="checkbox"/> T4 freies	S	14,57
<input type="checkbox"/> TSH	S	14,57
<input type="checkbox"/> PSA gesamt	S	17,49
<input type="checkbox"/> PSA frei	S	17,49
<input type="checkbox"/> Ostase	S	27,98
<input type="checkbox"/> Beta-Crosslaps	S	27,98

### Urin-Untersuchungen

<input type="checkbox"/> NMP 22	U	26,23
<input type="checkbox"/> Proteine im Urin-Profil (PRU)	U	52,46

### zellulärer Immunstatus

<input type="checkbox"/> Lymphozytentypisierung	E	133,47
-------------------------------------------------	---	--------

**ACHTUNG!**  
Blut darf bei Ankunft im Labor max. 24h alt sein.

### Speichel

#### Hormonbestimmung

<input type="checkbox"/> Cortisol im Speichel	Sp	14,57
<input type="checkbox"/> Cortisol-Tagesprofil	5 x Sp**	43,71
<input type="checkbox"/> DHEA	Sp	20,40
<input type="checkbox"/> Melatonin	Sp	43,72
<input type="checkbox"/> Östradiol	Sp	20,40
<input type="checkbox"/> Östriol	Sp	14,57
<input type="checkbox"/> Östron	Sp	43,72
<input type="checkbox"/> Progesteron	Sp	20,40
<input type="checkbox"/> Serotonin	Sp	33,22
<input type="checkbox"/> Testosteron	Sp	20,40
<input type="checkbox"/> 8-OHDG	Sp	69,94

\* s. Anleitung Cortisol-Information

### Haar-Mineralstoff-Analyse

<input type="checkbox"/> Haar-Mineralstoff-Analyse	Haar	84,53
----------------------------------------------------	------	-------

Bitte Entnahmeset und -hinweise anfordern

### MELISA (LTT) - Infektionsdiagnostik

#### (Probenannahme im Labor nur Di.- Fr.)

<input type="checkbox"/> MELISA Borrellia	6xC	189,41
-------------------------------------------	-----	--------

**ACHTUNG!**  
Blut darf bei Ankunft im Labor max. 48h alt sein.  
Für evtl. Expresstransport kontaktieren Sie uns bitte.

### Patientenvereinbarung:

Als Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse möchte ich die genannten privatärztlichen Leistungen in Anspruch nehmen.

Die Liquidation für diese Leistung erfolgt auf Grundlage der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

Mit der Weitergabe der zur Rechnungsstellung notwendigen Daten an die medi.Sumpf GmbH, Kirchstr. 28 in 20339 Wathlingen bin ich einverstanden.

Ebenso stimme ich der Weitergabe auftragsrelevanter Daten an die involvierten Partnerlabore zu. Hierüber wurde ich durch meine Ärztin/meinen Arzt unter Benennung des konkreten, für die für mich relevanten Untersuchung zuständigen Partnerlabors aufgeklärt.

Ich bin ebenso einverstanden, dass im Wege eines vereinfachten Befund- und Abrechnungswesens Leistungen aus Partnerlaboren durch uns oder über uns versandt und abgerechnet werden; es erfolgt eine ausdrückliche Hervorhebung der Fremdlaborleistungen.

Die gemeinsame Abrechnung der oben genannten, labormedizinischen und ärztlichen Leistungen kann dabei durch unsere o.g. privatärztliche Verrechnungsstelle in unserem Namen erfolgen.

Die Laborkosten verstehen sich zzgl. eines einmaligen Material- und Versandkostenaufwandes von 5,40 Euro. Ich habe gegenüber meiner gesetzlichen Versicherung keinen Anspruch auf Kostenerstattung, weder ganz noch teilweise.

Mir ist bekannt, dass es sich bei den von mir gewünschten Leistungen um Leistungen handelt, die nicht Bestandteil der notwendigen und wirtschaftlichen vertragsärztlichen Versorgung sind.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

### Materialkürzel:

EP EDTA Plasma	C Citrat	E EDTA	So Sondermaterial
St Stuhl	NF Natriumfluorid	S Serum	U Urin
			VB Vollblut

