

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 + Kollegen

Abnahmedatum SSW

Klinische Angaben / Diagnose

Kostenträger
 Privat
 Einsender

Geschlecht
 weiblich
 männlich

Auftragsbarcode



Praxisstempel

Privat

Fettstoffwechsel		
Arteriosklerose-Risiko durch pathogene LDL-Subfraktionen		
<input type="checkbox"/> Liposcan (incl. LDL Subfraktionen)	S	71,06
Arteriosklerose-Risiko durch		
<input type="checkbox"/> Oxidiertes LDL (LDLox)	S	32,18
<input type="checkbox"/> Lp(a)	S	20,11
Differenzierung der Fettsäuren		
<input type="checkbox"/> Fettsäurestatus	S	82,45
Arteriosklerose-Risiko durch Homocystein		
<input type="checkbox"/> Homocystein	SO/EP	38,21
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	50,28	
<input type="checkbox"/> Lactoseintoleranz-Atemtest	So	54,98	
<input type="checkbox"/> Fructoseintoleranz-Atemtest	So	54,98	
Genotyp			
<input type="checkbox"/> Lactoseintoleranz LCT (13910)	E	113,95	
<input type="checkbox"/> Fructoseintoleranz (ALDO-B)	E	154,18	

MELISA (LTT) TYP IV-Allergien (Probenannahme im Labor nur Di.- Fr.)			
<input type="checkbox"/> Basisprofil	5x C	408,83	(Beryllium, Blei, Cadmium, Gold, Nickel, Palladium, Phenyl-Quecksilber, Quecksilber-Chlorid, Titan, Zinn)
<input type="checkbox"/> Zusatzprofil	5x C	408,83	(Aluminium, Chrom, Indium, Cobalt, Kupfer, Ethyl-Quecksilber, Methyl-Quecksilber, Molybdän, Platin, Silber)
<input type="checkbox"/> Kombiprofil (Basis- und Zusatzprofil in einem Auftrag)	6xC	790,87	
<input type="checkbox"/> Metalle	5xC	676,26	(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	332,43	(Quecksilber-Chlorid, Ethyl-Quecksilber, Methyl-Quecksilber, Phenyl-Quecksilber, Kupfer, Silber, Zinn, Nickel)
<input type="checkbox"/> Goldlegierungen	5xC	447,04	(Gold, Silber, Platin, Kupfer, Palladium, Zinn, Gallium, Indium, Iridium, Ruthenium, Nickel)
<input type="checkbox"/> Implantatmaterial	5xC	561,65	(Titan, Titanoxid, Vanadium, Aluminium, Chrom, Kobalt, Molybdän, Gold, Nickel, Palladium, Silber, Platin, Iridium, Indium)
<input type="checkbox"/> Titanlegierung	4xC	217,82	(Titan, Titandioxid, Vanadium, Aluminium, Nickel)

Stuhldiagnostik			
Stuhl Flora Scan			
<input type="checkbox"/> SFS (Stuhl Flora Scan)	St	152,85	
<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	272,84 (*)	
<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	(33,22)	
<input type="checkbox"/> Hämoglobin	St	(16,76)	
<input type="checkbox"/> Hämoglobin/Haptoglobin	St	(16,76)	
<input type="checkbox"/> sekretorisches IgA (sIgA)	St	(10,05)	
<input type="checkbox"/> Calprotectin	St	(33,22)	
<input type="checkbox"/> alpha-1-Antitrypsin	St	(12,07)	

(* Bei positiven Ergebnissen kann aufgrund notwendiger Bestätigungsuntersuchungen ein Aufschlag bis zu 37,54 Euro berechnet werden.

Weiterführende Stuhldiagnostik			
<input type="checkbox"/> M2-PK Tumormarker	St	30,16	
<input type="checkbox"/> EPX/EDN	St	32,18	
<input type="checkbox"/> Helicobacter pylori-Ag	St	16,76	
<input type="checkbox"/> β-Defensin	St	30,16	

Wir bitten um Einsendung halbgefüllter Stuhlprobenröhrchen!

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

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:	

Zöliakie - Sprue			
Phänotyp			
<input type="checkbox"/> Anti-Gliadin-IgA	S	50,28	
<input type="checkbox"/> Anti-Gliadin-IgG	S	50,28	
<input type="checkbox"/> Anti-Transglutaminase-IgA	S	50,28	
<input type="checkbox"/> Anti-Transglutaminase-IgG	S	50,28	
Stuhldiagnostik			
<input type="checkbox"/> Anti-Gliadin-sIgA	St	34,19	
<input type="checkbox"/> sekretorisches IgA (sIgA)	St	10,05	
<input type="checkbox"/> Anti-Transglutaminase-sIgA	St	34,19	
Genotyp			
<input type="checkbox"/> Genetische Prädisposition für Zöliakie/Sprue (HLA DQ8, HLD DQ2)	E	167,58	

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	73,73
<input type="checkbox"/> Basic, Einzelallergene (72)	S	134,04
<input type="checkbox"/> Plus, Einzelallergene (264)	S	301,65
<input type="checkbox"/> Dreiergruppe mit Einzelbest. (3)	S	33,52
<input type="checkbox"/> Dreiergruppe ohne (1)	S	16,76

Bitte Allergiediagnostikbogen anfordern und ausfüllen

TYP I-Allergie (Soforttyp)

<input type="checkbox"/> IgE gesamt	S	16,76
-------------------------------------	---	-------

häufigste Allergene

<input type="checkbox"/> Milch (pasteurisiert)	S	16,76
<input type="checkbox"/> Weizenmehl	S	16,76
<input type="checkbox"/> Erdnuss	S	16,76
<input type="checkbox"/> Eiweiß (Eiklar)	S	16,76
<input type="checkbox"/> Haselnuss	S	16,76
<input type="checkbox"/> Hafermehl	S	16,76
<input type="checkbox"/> Apfel (grün)	S	16,76
<input type="checkbox"/> Sellerie	S	16,76
<input type="checkbox"/> Reis	S	16,76
<input type="checkbox"/> Milch (roh)	S	16,76
<input type="checkbox"/> Roggenmehl	S	16,76
<input type="checkbox"/> Karotte	S	16,76
<input type="checkbox"/> Maismehl	S	16,76
<input type="checkbox"/> Tomate	S	16,76
<input type="checkbox"/> Sojaeiweiß	S	16,76
<input type="checkbox"/> Gluten	S	16,76

<input type="checkbox"/> IgE spez. (sonstige)	S	je 16,76
---	---	----------

Bitte Pools oder Panels aufführen im ausführlichen Allergiebogen mit Liste aller Einzelallergene. Bei fehlendem Bogen folgende Einzelbestimmungen

Schimmelpilzexposition

Mycomold

<input type="checkbox"/> MycoMold	S	134,04
-----------------------------------	---	--------

Genetik

Genetische Prädispositionen

<input type="checkbox"/> THROMBOGen (F II, F V Leiden, PAI)	S	221,20
<input type="checkbox"/> TAMOXIFENgen (CYP2D6 Dupl., CYP2D6*3, CYP2D6*4, CYP2D6*6, CYP2D6*7, CYP2D6*8)	E	214,52
<input type="checkbox"/> FEMgen (CYP1A1, CYP17A1, CYP1B1, COMT, ER, SULT1A1)	E	402,19
<input type="checkbox"/> OSTEOGen (IL-6, COL1A1, VDR, ER-a, RANK, RANKL, OPG, CALCIR)	E	509,48

Hormonbestimmung

<input type="checkbox"/> β-HCG	S,U	16,76
<input type="checkbox"/> DHEAS	S	23,46
<input type="checkbox"/> FSH	S	16,76
<input type="checkbox"/> LH	S	16,76
<input type="checkbox"/> Östradiol	S	23,46
<input type="checkbox"/> Prolactin	S	23,46
<input type="checkbox"/> Progesteron	S	23,46
<input type="checkbox"/> Testosteron gesamt	S	23,46
<input type="checkbox"/> AFP	S	16,76

weitere Untersuchungen

<input type="checkbox"/> CRP	S	13,41
<input type="checkbox"/> Ferritin	S	16,76
<input type="checkbox"/> T3 freies	S	16,76
<input type="checkbox"/> T4 freies	S	16,76
<input type="checkbox"/> TSH	S	16,76
<input type="checkbox"/> PSA gesamt	S	20,11
<input type="checkbox"/> PSA frei	S	20,11
<input type="checkbox"/> Ostase	S	32,17
<input type="checkbox"/> Beta-Crosslaps	S	32,17

Urin-Untersuchungen

<input type="checkbox"/> NMP 22	U	30,16
<input type="checkbox"/> Proteine im Urin-Profil (PRU)	U	60,32

zellulärer Immunstatus

<input type="checkbox"/> Lymphozytentypisierung	E	153,49
---	---	--------

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

Speichel

Hormonbestimmung

<input type="checkbox"/> Cortisol im Speichel	Sp	16,76
<input type="checkbox"/> Cortisol-Tagesprofil	5 x Sp**	50,28
<input type="checkbox"/> DHEA	Sp	23,46
<input type="checkbox"/> Melatonin	Sp	50,27
<input type="checkbox"/> Östradiol	Sp	23,46
<input type="checkbox"/> Östriol	Sp	16,76
<input type="checkbox"/> Östron	Sp	50,28
<input type="checkbox"/> Progesteron	Sp	23,46
<input type="checkbox"/> Serotonin	Sp	38,21
<input type="checkbox"/> Testosteron	Sp	23,46
<input type="checkbox"/> 8-OHDG	Sp	80,32

* s. Anleitung Cortisol-Information

Haar-Mineralstoff-Analyse

<input type="checkbox"/> Haar-Mineralstoff-Analyse	Haar	97,21
--	------	-------

Bitte Entnahmeset und -hinweise anfordern

MELISA (LTT)- Infektionsdiagnostik

(Probenannahme im Labor nur Di.- Fr.)

<input type="checkbox"/> MELISA Borrellia	6xC	217,86
---	-----	--------

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

Patientenvereinbarung:

Die Liquidation für diese Leistung erfolgt auf Grundlage der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Ich bin bereit, evtl. durch die PKV bedingte Abweichungen selber zu tragen.

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.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Materialkürzel:

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

