e

Krankenkasse bzw. Kosten	träger			AN
Name, Vorname und Adres	se des Vei	rsicherten	geb. am	b
				Biovi Dr. m
	L			Wisser
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.		Datum	Thoma Ärztlicl
Bitte keine Heft- und	Büroklar	nmern oder Aut	fkleber verwenden	Dr. me
Privatpatient Selbstzahler U Probenentnahme-Uhrze	hr]	venöses Blut Kapillarblut Probenentnahr	männlich weiblich ne-Datum	Justus 65555 Tel.: Fax: E-mail Web:
WICHTIG: Patie	ntene	rklärung ur	nterschreiben	

ANFORDERUNGSBOGEN Stand: Oktober 2019

T900

T902

T915

T908

T909

T912

Fe

T922

L110

DIAGNOSTIK

Biovis Diagnostik MVZ GmbH

Dr. med. Burkhard Schütz

Wissenschaftliche Leitung

Thomas Gugerel¹ Ärztliche Leitung

Dr. med. Herbert Schmidt¹

Justus-Staudt-Straße 2 65555 Limburg Offheim

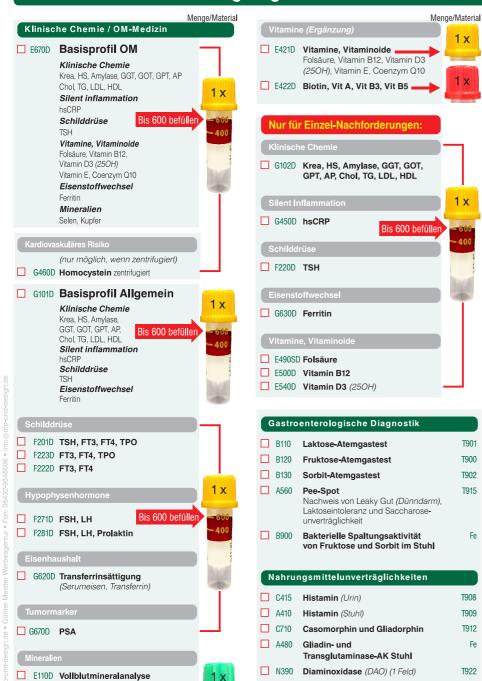
0 64 31 / 21 248 - 0 0 64 31 / 21 248 - 66 Fax: E-mail: info@biovis.de www.biovis.de

Änderungen vorbehalten!

Seite 1

Menge/Material

Anforderungsbogen für minimal-invasive Untersuchungen



	ativer Stress	
E325	NPE, MMS, Citrullin	2.M
☐ E350	Citrullin	2.M
□ E520	Methylmalonsäure	2.M
☐ E400	·	2.M
L E400	Nitrophenylessigsäure	2.10
Neuros	stress	
☐ F500	Neurotransmitter Basis Katecholamine (Adrenalin, Noradrenalin, Dopamin), Serotonin	T90
☐ F510	Neurotransmitter Plus Neurotransmitter Basis + Glutamat u. GAB	T9(3A
Trypto	phanstoffwechsel	
□ N105	Tryptophan, Kynurenin, IDO-Aktivität (2 Felder)	T92
□ N120	Serotonin (1 Feld)	T92
□ N130	Tryptophan (1 Feld)	T92
□ N140	Kynurenin (1 Feld)	T92
_		
□ N610	BCAA-Aminosäuren (1 Feld)	T92
N610	. ,	T92
	. ,	
Fettsäi	uren Fettsäuren Bloodspot (1Feld)	T92
Fettsät N1010 N1100	Fettsäuren Bloodspot (1Feld) 12 FS (gesätt./ungesätt. FS, ω3/ω6-FS) Fettsäuren Bloodspot groß (1Feld) 24 FS (gesättigte/ungesättigte FS,	Т92
Fettsät N1010 N1100	Fettsäuren Bloodspot (1Feld) 12 FS (gesätt./ungesätt. FS, ω3/ω6-FS) Fettsäuren Bloodspot groß (1Feld) 24 FS (gesättigte/ungesättigte FS, w3/w6-FS und Transfettsäuren)	T92 T92 T90 Öglic Öuktio ät
Fettsät N1010 N1100 Organi	Fettsäuren Bloodspot (1Feld) 12 FS (gesätt./ungesätt. FS, ω3/ω6-FS) Fettsäuren Bloodspot groß (1Feld) 24 FS (gesättigte/ungesättigte FS, ω3/ω6-FS und Transfettsäuren) sche Säuren Org. Säuren Komplettprofil NEU Beinhaltet 24 organische Säuren und erm- Aussagen zu mitochondrialer Energieproc Vitaminstoffwechsel, Methylierungskapazit (Folsäurebedarf), oxidativem Stress, Amine	T92 T92 T90 öglid dukti ät bosäu T90

☐ CO46D IgG4-Nahrungsmittelscreen

Na, K, Ca, Mg, Fe, Cu, Zn, Se



Säure-Base-Test n. Sander

Kryptopyrrol

T904

Früherkennung kolorektaler Karzinome

Calprotectin, Hämoglobin Fe Hämoglobin/Haptoglobin Fe Fe

Erläuterung - Befüllung der Kapillarblut-Röhrchen



CapiSave(mit stab. Flüssigkeit) Mindestvolumen: 300 µl (Kapillarblut/venöses Blut)

Bitte bis zur Markierung -600 μl befüllen

stabilisierende Flüssigkeit



Heparin

Mindestvolumen: 200 ul (Kapillarblut/venöses Blut)

Bitte bis zur Markierung -200 µl befüllen



Serum

Mindestvolumen: 300 µl (Kapillarblut/venöses Blut)

Bitte bis zur Markierung -300 µl befüllen



(Kapillarblut/ venöses Blut)

Bitte ganzes Feld befüllen



Fe

Fe

2Fe

Fe

T909. 2Fe

T909, 2Fe

T909, 2Fe

Erklärung des Patienten:

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zu den veranlassten Untersuchungen. Ich bin über die Kosten informiert und auf das Recht zur ärztlichen Zweitmeinung hingewiesen worden

- ☐ Ich bin privat versichert. Für die von mir in Anspruch genommenen Laborleistungen wünsche ich eine privatärztliche Laborrechnung durch biovis' Diagnostik MVZ nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Zzgl. zur Leistung wird ein Ersatz von Auslagen gemäß §10GOÄ (3) in Höhe von 5,60 € berechnet. Die Kostenübernahme durch die private Krankenversicherung richtet sich nach den jeweiligen Vertragsbedingungen und kann daher nicht immer gewährleistet werden.
- Als Mitglied der gesetzlichen Krankenkasse ist mir bekannt, dass es sich bei den von mir gewünschten Leistungen um Vorsorgeleistungen handelt, die nicht Bestandteil der ärztlichen Grundversorgung sind. Die Berechnung der Leistungen erfolgt auf der Basis der Gebührenordnung für Årzte (GÖÄ). Zzgl. zur Leistung wird ein Ersatz von Auslagen gemäß §10GOÄ (3) in Höhe von 5,60 € berechnet. Gegenüber meiner Krankenkasse habe ich keinerlei Anspruch auf Kostenerstattung der einzelnen Leistungen. Die Erbringung der labormedizinischen Untersuchungen erfolgt durch biovis' Diagnostik MVZ. Meine Ärztin / mein Arzt hat mich darüber aufgeklärt

Ich bin einverstanden, dass Angaben zu meiner Person zur Leistungserbringung übermittelt werden (Name, Anschrift, Kostenträger, Versicherungsnummer, Geburtsdatum und Geschlecht, ggf. Angaben zu Körpergröße und -gewicht, Anamnese und Medikation), sofern für angeforderte Analysen notwendig. (Verordnung (EU) 2016/679 Art.6 Abs. 1 lit. B). Ich gebe diese Einwilligung freiwillig ab und kann sie jederzeit mit sofortiger Wirkung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen formlos widerrufen. Auch hierüber hat mich meine Ärztin/mein Arzt aufgeklärt.





Unterschrift (gesetzlicher Vertreter)



MU = Zweiter Morgenurin, DBS = Dry Blood Spot, Fe = Stuhl, KEDTA = Kapillar-EDTA-Vollblut, KHep = Kapillar-Heparin, KNaF = Natriumfluorid Vollblut, T905 = Testset Speichelhormone, T908 = Testset Neurotransmitter im Urin, T909 = Testset Histamin im Stuhl, T923 = Testset Melatonin-Bestimmun = Testset Histamin im Stuhl, T923 = Testset Melatonin-Bestimmung T927 = Testset Östradiol-Metaboliten im Urin, TBio1 = Testset Cortisol/DHEA-Tagesprofil, U = Urin,