

PRIVAT



LABOR AUGSBURG MVZ
Ihr Labor - Kompetenz & Service

Mikronährstoff-Basisprofil

Name, Vorname, Anschrift des Patienten

geb. am

Labor Augsburg MVZ GmbH
MVZ Labor Bochum MLB GmbH
Labor Hamburg-Lübeck MVZ GmbH

Labor Hannover MVZ GmbH
Labor Mainz MVZ GmbH
Labor an der Salzbrücke MVZ GmbH

Hier bitte Arzt/Patientenbarcode aufbringen



Tagesnummernbarcode



Geschlecht

Rechnungsstellung an:

Patient *Einsender BG 2-fach

Befund:

Abnahmedatum

T T M M J J

Abnahmezeit

h h m m

*nur für Studien, arbeitsmedizinische Untersuchungen und Gutachten

zusätzliche Angaben

Diagnose / Verdachtsdiagnose

Arztstempel und Unterschrift überw. Arzt

Mikronährstoff-Basisprofil OM - Screen (OMSC)

289,56 €

Material: 1 Serum, 1 EDTA-Blut, 1 NaF-Blut, 1 EDTA-Plasma gefroren

| | | | | |
|--------------------------|-------------------------------|-------|----------|-------|
| <input type="checkbox"/> | hsCRP | CRPS | S | 13,41 |
| <input type="checkbox"/> | Calcium im Blut | CALV | EB | 2,68 |
| <input type="checkbox"/> | Magnesium im Blut | MAGV | EB | 2,68 |
| <input type="checkbox"/> | Zink im Blut | ZINV | EB | 6,03 |
| <input type="checkbox"/> | Selen im Blut | SELV | EB | 27,48 |
| <input type="checkbox"/> | Kupfer im Blut | KUPV | EB | 2,68 |
| <input type="checkbox"/> | Ferritin | FERR | S | 16,76 |
| <input type="checkbox"/> | Vitamin D (25-OH) | VITD | S | 32,17 |
| <input type="checkbox"/> | Vitamin B12 | VI12 | S | 16,76 |
| <input type="checkbox"/> | Folsäure | FOLS | S | 16,76 |
| <input type="checkbox"/> | Homocystein | HOME | NaF | 32,17 |
| <input type="checkbox"/> | Aminosäuren | AMSQ | EP gefr. | 61,67 |
| <input type="checkbox"/> | Coenzym Q10 | CQ10 | S | 24,13 |
| <input type="checkbox"/> | Omega-Fettsäuren im Erythroz. | O3ERY | EB | 50,94 |

Zusätzliche Untersuchungen:

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

zzgl. Kosten für Material + Versand 5,10 €
(beinhaltet Kosten für Abnahmematerial und
Probentransport ins Labor lt. GOÄ § 10 Abs. 3)

Ich bin damit einverstanden, dass die angeforderten Leistungen in einem Labor der Laborgruppe Augsburg (die Labore sind oben genannt) durchgeführt werden und meine personenbezogenen Daten in diesem Zusammenhang an die Laborgruppe weitergegeben und dort verarbeitet werden. Diese Einwilligung umfasst auch eine Weiterüberweisung an kooperierende Labore mit Spezialdiagnostik (Liste einsehbar unter www.labor-augsburg-mvz.de/diagnostik/fremdlabore) sowie den konsiliarischen Austausch der behandelnden Ärzte untereinander. Die Leistungen werden privatärztlich nach GOÄ liquidiert und sind von mir unabhängig von der Erstattung durch meine private Krankenversicherung zu begleichen.

Datum _____ Unterschrift Patient/in _____