P R I V A T

Name, Vorname, Anschrift des Patienten

geb. am

LABOR AUGSBURG MVZ
Ihr Labor - Kompetenz & Service

Labor Augsburg MVZ GmbH
MVZ Labor Bochum MLB GmbH
Labor Hannover MVZ GmbH

Mikronährstoff-Basisprofil

Labor Mainz MVZ GmbH
Labor an der Salzbrücke MVZ GmbH

Hier bitte Arzt/Patientenbarcode aufbringen

Tagesnummernbarcode
wird vom Labor vergeben

Geschlecht

Rechnungsstellung an: ☐ Patient ☐ *Einsender ☐ BG

Befund: ☐ 2-fach

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** **319,06 €**
OM - Screen (OMSC)

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

☐	hsCRP	CRPS	S	13,41
☐	Calcium im Blut	CALV	EB	2,68
☐	Magnesium im Blut	MAGV	EB	2,68
☐	Zink im Blut	ZINV	EB	6,03
☐	Selen im Blut	SELV	EB	27,48
☐	Kupfer im Blut	KUPV	EB	2,68
☐	Ferritin	FERR	S	16,76
☐	Vitamin D (25-OH)	VITD	S	32,17
☐	Vitamin B12	VI12	S	16,76
☐	Folsäure	FOLS	S	16,76
☐	Homocystein	HOME	NaF	61,67
☐	Aminosäuren	AMSQ	EP gefr.	61,67
☐	Coenzym Q10	CQ10	S	24,13
☐	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 _____

Urheberrechtlich geschützt. Vervielfältigung und Nachdruck nur mit ausdrücklicher Genehmigung zulässig.