

## Spezialprofile Selbstzahler (zutreffendes bitte ankreuzen)

<u>Patientendaten</u>
Name:
Geburtsdatum:
Adresse:

<u>Einsender/Ordinationsstempel</u>
-------------------------------------

	Profilname	Parameter	Material
<input type="checkbox"/>	Haarprofil <sup>1) 2)</sup>	Eisen, Ferritin, Selen, Zink, Vitamin B12, Folsäure, VitD, TSH	1 x Serum (rot)
<input type="checkbox"/>	Aminosäuren	Alanin, Arginin, Asparagin(säure), Citrullin, Cystein, Glutamin(säure), Glycin, Histidin, (Iso)leucin, Lysin, Methionin, Ornithin, Phenylalanin, Prolin, Serin, Taurin, Threonin, Tryptophan, Tyrosin, Valin	1 x Serum (rot)
<input type="checkbox"/>	Aminosäuren + Vit D + Ferritin	Siehe oben	1 x Serum (rot)
<input type="checkbox"/>	Vitaminstatus <sup>1)</sup>	Vitamin A, C, D, E, Vit B12, Folsäure	1 x Serum (rot)
<input type="checkbox"/>	B-Vitamine	B1, B2, B3, B6, Biotin	1 x Serum (rot) 1 x EDTA (lila)
<input type="checkbox"/>	Vitamin D	25-OH-Vitamin D3	1 x Serum (rot)
<input type="checkbox"/>	Mineralstoffe und Spurenelemente <sup>3)</sup>	Na, K, Mg, Ca, P, Zn, Cu, Se, Cr, Mn, Mo, (zusätzlich Pb, Cd, Ni, Hg)	1 x Heparin (grün)
<input type="checkbox"/>	Hormonstatus	Östradiol, Progesteron, Testosteron, DHEA, Cortisol	1 x Serum (rot)
<input type="checkbox"/>	Immunstatus (zellulär)	T-Helferzellen (CD4), T-Suppressorzellen (CD8), B-Zellen, NK-Zellen	1 x EDTA (lila)
<input type="checkbox"/>	Immunstatus (Zytokinprofil) <sup>4)</sup>	IFN-gamma, IL-2, IL-4, IL-6, IL-10, IL-17, TNF-alpha	1 x Heparin (grün)
<input type="checkbox"/>	Fettsäureprofil	Fettsäuren + Omega3-Index	1 x Serum (rot) 1 x EDTA (lila)
<input type="checkbox"/>	freie Radikalmessung, totale antioxidative Kapazität	Lipidperoxidation (PerOx), TAC (ImAnOx)	1 x Serum (rot)
<input type="checkbox"/>	SARS-CoV-2 Antikörpernachweis	Kombinierter IgM/IgG Test der neuesten Generation (Atellica®, Fa. Siemens)	1 x Serum (rot)
<input type="checkbox"/>	SARS-CoV-2 PCR (aus Abstrich)	direkter Virusnachweis mittels zertifizierter RT-PCR	tiefer Nasen- u./o. Rachenabstrich

### Verzichtserklärung

Hiermit erkläre ich, dass die angeführten Leistungen auf meinen ausdrücklichen Wunsch privat erbracht werden sollen, und kein Überweisungsschein vorgelegt wird. Die gesamten Kosten sind in diesem Falle von mir zu tragen. Auf eine Erstattung durch den Versicherungsträger wird verzichtet.

\_\_\_\_\_, am \_\_\_\_\_  
(Ort) (Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Patienten)

- 1) bei gleichzeitiger Anforderung des Haarprofils und des Vitaminstatus werden VitB12, Folsäure und VitD nur einmal verrechnet
- 2) Bestimmung im Serum
- 3) Bestimmung im Vollblut
- 4) Anforderung Montag bis Donnerstag jew. bis 11:00 Uhr