

SARS-CoV2-Labordiagnostik (Privatleistungen)

<p><u>Patientendaten</u></p> <p>Name:</p> <p>Geburtsdatum:</p> <p>Adresse:</p>	<p><u>Einsender/Ordinationsstempel</u></p>
--	--

	Parameter	Beschreibung	Material
0	SARS-CoV-2 PCR	direkter Virusnachweis mittels zertifizierter RT-PCR (Siemens Versant®/FTD kPCR), Preis: € 115,-	tiefer naso- oder oropharyngealer Abstrich in Greiner® Abstrichröhrchen
0	SARS-CoV-2 IgG-Antikörper-Nachweis (inkl. neutralisierende Antikörper)	Spezifische IgG-Antikörper gegen die Rezeptorbindungsdomain (RBD) des Spike (S1)-Proteins von SARS-CoV-2 (inkl. neutralisierender Antikörper), Siemens Atellica® IM sCOVG; Preis: € 45,-	1 x Serum (rot)
0	SARS-CoV-2 IgM-Antikörper-Nachweis	Für Grenzübertritte (zB nach China) Preis: € 45,-	1 x Serum (rot)
0	SARS-CoV-2 T-Zell-Immunantwort	Lymphozytentransformationstest (LTT), Immunantwort der T-Zellen auf SARS-CoV-2 spezifische Peptide; Preis: € 220,-	Blutabnahme direkt im Labor, telefonische Voranmeldung unter 0732 66 65 66 34
0	Vitaminstatus	Vitamin A, C, D, E, Vit B12, Folsre; Preis: € 145,-	1 x Serum (rot)
0	B-Vitamine	B1, B2, B3, B6, Biotin; Preis: € 145,-	1 x Serum (rot) 1 x EDTA (lila)
0	Vitamin D	25-OH-Vitamin D3, Preis: € 29,-	1 x Serum (rot)
0	Coenzym Q10 (Ubichinon)	Wichtig für die ATP-Synthese, antioxidativ Preis: € 35,-	1 x Serum (rot) 1 x EDTA (lila)
0	Mineralstoffe und Spurenelemente	Vollblutanalyse: Na, K, Mg, Ca, P, Zn, Cu, Se, Cr, Mn, Mo, (zusätzlich Pb, Cd, Ni, Hg), Preis: € 90,-	1 x Heparin (grün)
0	Eisenstatus	Eisen, Ferritin, Transferrin(-sättigung) Preis: € 20,-	1 x Serum (rot)
0	Immunstatus (zellulär)	T-Helferzellen (CD4), T-Suppressorzellen (CD8), B-Zellen, NK-Zellen, Preis: € 90,-	1 x EDTA (lila)
0	Blutgruppe	A,B,0-System inkl. Rhesusfaktor, Preis: € 75,-	1 x Serum OHNE Gel (rot) 1 x EDTA (lila)
0	Progressionsrisiko	Kompl. Blutbild inkl. Thrombozyten, GOT, GPT, GGT, LDH, BUN, Kreatinin; Preis: € 25,-	1 x Serum (rot)

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)