

**UNTERSUCHUNGSauftrag
INTESTINALES MIKROBIOM**



| | | |
|------------------------------------|------------------|---------|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger | | |
| Name, Vorname des/der Versicherten | | |
| | | geb. am |
| Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Status |
| Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum |
| | | |

| | |
|--|------------|
| | DFÜ-Nummer |
|--|------------|

Entnahmedatum Uhrzeit

Anforderung

- | | | |
|--|---|---|
| St <input type="checkbox"/> Intestinales Mikrobiom 256,45 € Molekulargenetische Untersuchung des persönlichen Darmmikrobioms mittels Next-Generation-Sequencing | Permeabilitätsparameter St <input type="checkbox"/> α1-Antitrypsin 10,49 € St <input type="checkbox"/> Zonulin 29,15 € | Fäkaler Immunparameter St <input type="checkbox"/> sekretorisches IgA 8,74 € |
| St <input type="checkbox"/> Intestinales Mikrobiom Plus 338,05 € Molekulargenetische Untersuchung des persönlichen Darmmikrobioms mittels Next-Generation-Sequencing einschließlich Testung von α1-Antitrypsin, Zonulin, Calprotectin, Lactoferrin, sekretorisches IgA | Entzündungsparameter St <input type="checkbox"/> Calprotectin 18,65 € St <input type="checkbox"/> Lactoferrin 14,57 € | Sonstige Parameter 2St <input type="checkbox"/> Hämoglobin/Hb-Hpt-Komplex 41,96 € |
| St <input type="checkbox"/> Dysbiose ohne Pilze quantitativ 77,51 € | | |
| St <input type="checkbox"/> Dysbiose inkl. Pilzen quantitativ 91,49 € | | |

Hinweise: Die Stuhlprobe sollte zur Mikrobiom/Dysbiose Analyse schnellstmöglich ins Labor gesendet werden.

Material: St = Stuhl

Die von mir gewünschte/n und im Folgenden markierte/n individuelle/n Gesundheitsleistung/en gehören nicht zum Leistungsumfang meiner gesetzlichen oder privaten Krankenkasse. Als gesetzlich Versicherte/r werde ich die angegebenen Kosten daher selbst tragen. Sofern ich privat krankenversichert bin und meine private Krankenversicherung die Kosten nach der GOÄ nicht übernimmt, verpflichte ich mich ebenfalls, die vorgenannten Kosten selbst zu tragen.

Die ermittelten Laborergebnisse werden der behandelnden ärztlichen Person mitgeteilt.

Datum
Unterschrift Patient/-in _____

Datum
Unterschrift Arzt/Ärztin _____



0007 0329 03