

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

UNTERSUCHUNGS-AUFTRAG INTESTINALES MIKROBIOM



	DFÜ-Nummer
--	------------

Entnahmedatum Uhrzeit

Anforderung

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

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

Material: St = Stuhl

Die von mir gewünschte/n, oben markierte/n individuelle/n Gesundheitsleistung/en gehört/gehören nicht zum Leistungsumfang meiner gesetzlichen oder privaten Krankenkasse. Die Kosten meines Auftrages zzgl. Versandkosten in Höhe von 2,76 € gemäß § 10 GOÄ werde ich selbst tragen. Ich erteile mein Einverständnis zur Übermittlung aller rechnungsrelevanten Daten an eine privatärztliche Verrechnungsstelle. Die ermittelten Laborergebnisse werden der behandelnden ärztlichen Person mitgeteilt. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung zur Weitergabe meiner Daten jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Datum
Unterschrift Patient/in _____

Datum
Unterschrift Arzt/Ärztin _____



0007 0329 04