



## Anforderungsbogen Individuelle Gesundheitsleistung

Patienten-Name \_\_\_\_\_  
 Adresse \_\_\_\_\_  
 Geb.-Datum \_\_\_\_\_  
 Blutabnahme \_\_\_\_\_

Einsender \_\_\_\_\_

### Immunfunktion

- |                          |  |   |         |
|--------------------------|--|---|---------|
| <input type="checkbox"/> | <b>ImmunMultiTest IMT®</b>             | Entspricht Multitest Merieux, Reaktion auf Bakterien, Viren, Pilze              | 83,30 € |
|                          | 1 x Heparin                            |   |         |
| <input type="checkbox"/> | <b>NK-Check®: Anti-Tumor-Immunität</b> | NK-Zell-Zytotoxizität gegenüber Tumor-Zellen                                    | 95,20 € |
|                          | 1 x Heparin                            |   |         |
| <input type="checkbox"/> | <b>Glutathion in T-Zellen</b>          | Bestimmung des intrazellulären Glutathions als Summenmarker der T-Zell-Funktion | 41,65 € |
|                          | 1xEDTA                                 |   |         |

### Unverträglichkeitsreaktionen

- |                          |   |   |          |
|--------------------------|---|---|----------|
| <input type="checkbox"/> | <b>ITT® - Chemikalien</b>                     | Tolerierbarkeit von Lösemittelbelastung, MCS, CFS | 178,50 € |
|                          | 1 x Heparin                                   |   |          |
| <input type="checkbox"/> | <b>ITT® - Toner</b>                           | Unverträglichkeitsreaktion gegenüber Tonerstäuben | 178,50 € |
|                          | 1 x Heparin                                   | mit bis zu 3 Tonern                               | 29,75 €  |
|                          |   | jede weitere Tonerprobe                           |          |
|                          | bitte Probe des/der Toner beilegen:.....      |   |          |
| <input type="checkbox"/> | <b>Entzündungsmarker im Speichel</b>          | Entzündungsreaktionen des Bronchialsystems        | 148,75 € |
|                          | 1x Serum                                      |   |          |
| <input type="checkbox"/> | <b>ITT® - Dentale Metalle</b>                 | Sensibilisierung gegenüber Dentalmetallen         | 243,60 € |
|                          | 1 x Heparin                                   |   |          |
| <input type="checkbox"/> | <b>ITT® - Impfstoffe</b>                      | TH1/TH2-Reaktion gegenüber Impfstoffen            | 136,85 € |
|                          | 1 x Heparin                                   | Grundpreis: TH1/2 Regulation + 1 Impfstoff        | 29,75 €  |
|                          |   | jeder weitere Impfstoff                           |          |
|                          | bitte Probe des/der Impfstoffe beilegen:..... |   |          |

### Allergie Screening Panels

- |                          |                                      |           |         |
|--------------------------|--------------------------------------|-----------|---------|
| <input type="checkbox"/> | Screening-Panel Nahrungsmittel       | 1 x Serum | 47,60 € |
| <input type="checkbox"/> | Screening-Panel Inhalative Allergene | 1 x Serum | 47,60 € |

### Infektion

- |                          |                       |   |          |
|--------------------------|-----------------------|---|----------|
| <input type="checkbox"/> | <b>ITT® Borrelien</b> | Verifizierung einer Borrelieninfektion anhand der zellulären Immunantwort | 142,80 € |
|                          | 1 x Heparin           |   |          |
| <input type="checkbox"/> | <b>CD-57 Test</b>     | Quantifizierung CD57-positiver NK-Zellen, Marker bei chron. Borreliose    | 35,70 €  |
|                          | 1 x EDTA              |   |          |
| <input type="checkbox"/> | <b>TBC-Test</b>       | Nachweis einer latenten TBC-Infektion                                     | 154,70 € |
|                          | 1 x Heparin           |   |          |

### Kardiovaskuläres Risiko

- |                          |                   |   |          |
|--------------------------|-------------------|---|----------|
| <input type="checkbox"/> | <b>EPZ-Test</b>   | Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen, Quantifizierung epithelialer Vorläuferzellen im Blut | 41,65 €  |
|                          | 1x EDTA           |   |          |
| <input type="checkbox"/> | <b>Entzündung</b> | Screening auf Entzündungszeichen im Blut  | 119,00 € |
|                          | 1x Serum          |   |          |

Rechnung an

Einsender

Patient

**Patienten-Erklärung:** Ich gebe die o.g. Untersuchungen in Auftrag und erkläre meine Einwilligung zu den veranlassten Untersuchungen. Mir ist bekannt, daß die von mir gewünschten Leistungen nicht zum Leistungskatalog meiner Krankenversicherung gehören und kein Anspruch auf Erstattung durch die Krankenkasse besteht.

Datum/Unterschrift des Patienten:: \_\_\_\_\_

**ACHTUNG: Der Versand muss am Tag der Blutabnahme mit der Post oder Postexpress-Kurier erfolgen. Das Material sollte innerhalb von 24 Stunden nach Blutabnahme im Labor eintreffen, bitte nicht vor Wochenende/Feiertag einsenden.**