Patientenname

Vorname | Geb. Datum

Straße, Haus-Nr.

PLZ | Ort

Probenentnahme-Datum: | Uhrzeit: | bitte angeben!

LABOR DR. BAYER

LABOR DR. BAYER
Kompetenzzentrum für komplementärmedizinische Diagnostik
der SYNLAB MVZ Leinfelden-Echterdingen GmbH

Nikolaus-Otto-Str. 6 | 70771 Leinfelden-Echterdingen
Tel. +49 711 164 18-0 | Fax +49 711 164 18-18
info@labor-bayer.de | www.labor-bayer.de

SYNLAB

00060029 01

LABORAUFTRAGSSCHEIN

Stand 05/23 D

Biologische Zahnmedizin

Einsenderstempel

Kostenträger
- ☐ Privat versichert
- ☐ Gesetzl. vers. (IGel)

Patientenangaben
- ☐ weiblich
- ☐ männlich
- ☐ divers
- ☐ Befundkopie an Patient

Größe _____ cm

Gewicht _____ kg

Blutdruck _____

Praxis-Ident.

Bitte freilassen!

	Material
☐ **Anforderung komplettes Profil nach Dr. Nischwitz** *Die mit * markierten Einzelparameter sind im kompletten Profil enthalten*	1 x H + 2 x S Ⓩ + 2 x E
Vitamine	
☐ **Vitamin D3 (25-OH)***	S
☐ Vitamin B6	E
☐ Vitamin B12	S
☐ Folsäure-Erythrozyten	E
☐ Coenzym Q10	S
Mineralstoffe im Vollblut	
☐ Kalium	H
☐ Calcium	H
☐ Magnesium	H
☐ Eisen	H
☐ Zink	H
☐ Selen	H
Klinische Chemie	
☐ **Kalium***	S Ⓩ
☐ Calcium	S Ⓩ
☐ **Natrium***	S Ⓩ
☐ Phosphat	S
☐ **Chlorid***	S Ⓩ
☐ **Alk. Phosphatase***	S
☐ **Harnsäure***	S
☐ **Cholesterin***	S
☐ **HDL***	S
☐ **LDL***	S
☐ **TRI***	S
☐ **GOT***	S
☐ **GPT***	S
☐ **GGT***	S
☐ **LDH***	S
☐ **Kreatinin***	S
Schilddrüse	
☐ **TSH***	S
☐ freies T3, freies T4	S
☐ anti TPO AK	S

E = EDTA-Vollblut, H = Heparin-Vollblut, S = Serum, NaF = für Nüchtern-Blutzucker, U = Urin, Fae = Stuhl (nativ), FaeHis = Spezialgefäß für Histamin im Stuhl, CPDA/ACD = Spezialgefäß für Glutathion-Status (Vollblut) und LTT

- Ⓣ *kein Transport über das Wochenende*
- Ⓛ *lichtgeschützt versenden (schwarze Transportgefäße)*
- Ⓝ *Nüchternblutabnahme erforderlich*
- Ⓩ *zentrifugiertes Serum (mind. 30 min gerinnen lassen)*

	Material
Entzündung	
☐ Ox. LDL	S
☐ **CRP-hs***	S
☐ **Homocystein*** Ⓝ Ⓩ	S
☐ Zonulin	S
☐ Calprotectin	S
☐ Kleines Blutbild	E
☐ **Großes Blutbild***	E
☐ Omega-3-Index im Serum Ⓝ *Fettsäureprofil im Serum – 15 Fettsäuren, inkl. Omega 3-Index*	S
☐ Omega-3-Index in den Erythrozyten Ⓝ *Fettsäureprofil in Erythrozyten – HS-Omega 3-Index*	E
Zuckerstoffwechsel / Insulin	
☐ Glucose Ⓝ	NaF
☐ Insulin Ⓝ	S
☐ **HbA1C***	E
☐ **C-Peptid***	S
☐ Int. Proinsulin Ⓝ	S
Stuhluntersuchungen	
☐ Florastatus *(Bakterien aerob, Bakterien anaerob, Pilze)*	Fae
☐ Zonulin im Stuhl	Fae
☐ Calprotectin im Stuhl	Fae
☐ Dysbiose-Profil „Reizdarmsyndrom“ *Florastatus, pH, Verdauungsrückstände, Pankreas-Elastase, Calprotectin, Lactoferrin, α-1-Antitrypsin, ß-Defensin, Zonulin, Eosinophil-Derived Neurotoxin, sekret. IgA*	2 x Fae
☐ Dysbiose-Profil „Leaky-Gut-Syndrom“ *Florastatus, pH, Verdauungsrückstände, α-1-Antitrypsin, Calprotectin, ß-Defensin, Zonulin, sekret. IgA, Histamin*	2 x Fae + FaeHis
Entgiftung	
☐ Glutathion (GSH)-Gesamt Ⓛ Ⓣ	CPDA/ACD
☐ Glutathion-Status: Ⓛ Ⓣ GSH-gesamt, GSH-reduziert	CPDA/ACD
☐ Glutathionperoxidase	E
☐ Superoxid-Dismutase	S
Schwermetalle	
☐ Quecksilber im Vollblut	H
☐ Profil Schwermetalle im Urin	U

Patienten- und Datenschutzerklärung finden Sie auf der Rückseite. Bitte unterschreiben und mit dem Auftragsschein an uns zurücksenden! →

LABOR DR. BAYER

PATIENTENERKLÄRUNG

Privatpatient

Ich beauftrage das Labor Dr. Bayer mit der Durchführung der angeforderten Untersuchung, die mir als Patient durch das Labor gemäß dem 1,15-fachen Satz der GOÄ zuzüglich eines Auslagenersatz von € 5,95 berechnet werden. Je nach Versicherungstarif können von der PKV/Beihilfestelle möglicherweise nicht alle Leistungen übernommen werden.

Selbstzahler

Ich beauftrage das Labor Dr. Bayer mit der Durchführung der angeforderten Leistungen. Die Berechnung erfolgt auf Basis der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Zusätzlich zur Leistung wird ein Auslagenersatz in Höhe von € 5,95 berechnet.
Mir ist bekannt, dass die von mir gewünschten Leistungen nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherungen gehören, nicht Bestandteil der ärztlichen Grundversorgung sind und kein Anspruch auf Erstattung der Leistung durch die gesetzliche Krankenkasse besteht.

DATENSCHUTZERKLÄRUNG

Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogene Daten (Art. 4 Nr. 2 DSGVO) durch die SYNLAB MVZ Leinfelden-Echterdingen GmbH, die SYNLAB Holding Deutschland GmbH und ggf. die Partnerlabore und ihre Mitarbeiter zur Erbringung der angeforderten Analysen, deren Auswertung, Übermittlung und Speicherung von Befunden und den dazugehörigen Informationen, für mich persönlich gespeichert und verarbeitet werden (Art. 6 Abs. 1 lit b DSGVO). Ich willige ein, dass aufgrund der verschiedenen gesetzlichen Aufbewahrungspflichten meine Daten bis zu 30 Jahre gespeichert werden können. Mir ist bewusst, dass ich die Berichtigung, Einschränkung der Verarbeitung oder Löschung meiner personenbezogenen Daten verlangen kann (Art. 16, 17 und 18 DSGVO), soweit nicht gesetzliche Aufbewahrungspflichten entgegenstehen. Darüber hinaus habe ich das Recht auf die Herausgabe der von mir bereitgestellten Daten (Art. 20 DSGVO). Mir ist bewusst, dass ich die Möglichkeit habe, mich mit einer Beschwerde an die Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden.

Datum *Unterschrift (Erziehungsberechtigte/r bei Kindern)*

*Bitte geben Sie hier ein **persönliches Kennwort** für die Befundabfrage an.*