

Patientenname		
Vorname	Geb. Datum	
Straße, Haus-Nr.		
PLZ	Ort	
Probenentnahme-Datum:	Uhrzeit:	bitte angeben!



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

LABORAUFRAGSSCHEIN

Stand 08/22 D

Biologische Zahnmedizin



Befundkopie an Patient

Einsenderstempel

Kostenträger

Privatpatient Größe _____ cm

Selbstzahler (IGel)

Praxis Gewicht _____ kg

Patientenangaben

weiblich Blutdruck _____

männlich

Praxis-Ident.

Bitte freilassen!

Anforderung komplettes Profil nach Dr. Nischwitz 1xH + 2xS + 2xE
*Die mit * markierten Einzelparameter sind im kompletten Profil enthalten*

Material	
Vitamine	
<input type="checkbox"/> Vitamin D3 (25-OH)*	S
<input type="checkbox"/> Vitamin B6	E
<input type="checkbox"/> Vitamin B12	S
<input type="checkbox"/> Folsäure im Erythrozyten	E
<input type="checkbox"/> Coenzym Q10	S

Material	
Mineralstoffe im Vollblut	
<input type="checkbox"/> Kalium	H
<input type="checkbox"/> Calcium	H
<input type="checkbox"/> Magnesium	H
<input type="checkbox"/> Eisen	H
<input type="checkbox"/> Zink	H
<input type="checkbox"/> Selen	H

Material	
Klinische Chemie	
<input type="checkbox"/> Kalium*	S
<input type="checkbox"/> Calcium	S
<input type="checkbox"/> Natrium*	S
<input type="checkbox"/> Chlorid*	S
<input type="checkbox"/> Alk. Phosphatase*	S
<input type="checkbox"/> Harnsäure*	S
<input type="checkbox"/> Cholesterin*	S
<input type="checkbox"/> HDL*	S
<input type="checkbox"/> LDL*	S
<input type="checkbox"/> TRI*	S
<input type="checkbox"/> GOT*	S
<input type="checkbox"/> GPT*	S
<input type="checkbox"/> GGT*	S
<input type="checkbox"/> LDH*	S
<input type="checkbox"/> Kreatinin*	S
<input type="checkbox"/> Anorg. Phosphat	S

Material	
Entzündung	
<input type="checkbox"/> Ox. LDL	S
<input type="checkbox"/> CRP-hs*	S
<input type="checkbox"/> Homocystein*	S
<input type="checkbox"/> Zonulin im Serum	S
<input type="checkbox"/> Calprotectin im Serum	S
<input type="checkbox"/> Kleines Blutbild	E
<input type="checkbox"/> Großes Blutbild*	E
<input type="checkbox"/> Omega-3-Index im Serum	S
<input type="checkbox"/> Omega-3-Index in den Erythrozyten	E

Material	
Zuckerstoffwechsel/Insulin	
<input type="checkbox"/> Glucose nüchtern	NaF
<input type="checkbox"/> Insulin nüchtern	S
<input type="checkbox"/> HbA1C*	E
<input type="checkbox"/> C-Peptid*	S
<input type="checkbox"/> Int. Proinsulin	S

Material	
Schilddrüse	
<input type="checkbox"/> TSH*	S
<input type="checkbox"/> freies T3, freies T4	S
<input type="checkbox"/> anti TPO AK	S

Material	
Stuhluntersuchungen	
<input type="checkbox"/> Florastatus	Fae
<input type="checkbox"/> Zonulin im Stuhl	Fae
<input type="checkbox"/> Calprotectin im Stuhl	Fae
<input type="checkbox"/> Reizdarmsyndrom	2 x Fae
<input type="checkbox"/> Leaky-Gut-Syndrom	2 x Fae + FaeHis

Material	
Entgiftung	
<input type="checkbox"/> Glutathion (GSH)-Gesamt	CPDA/ACD
<input type="checkbox"/> Glutathion-Status: GSH-gesamt, GSH-reduziert	CPDA/ACD
<input type="checkbox"/> Glutathionperoxidase	E
<input type="checkbox"/> Superoxid-Dismutase	E

Material	
Schwermetalle	
<input type="checkbox"/> Quecksilber im Vollblut	H
<input type="checkbox"/> Schwermetalle im Harn	U

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 _____

E-Mail-Adresse _____

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

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