

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

Abnahme-Datum

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Abnahme-Zeit

--	--	--	--



In Kooperation mit der

**MVZ Labor Dr. Kirkamm GmbH**

Hans-Böckler-Str. 109-111  
55128 Mainz  
Tel. 0049 6131 7205-0  
Fax. 0049 6131 7205-100

**Interne Kürzel**

- SE1    SE2    ED1
- ED2    ED3    ED4
- H1    H2    H3
- CP    HC    C
- NAF    CPG    U1
- US1    SP1    SP2
- SP3    SP4    SP5
- SP6    SP7    ST1
- ST2    VC

Einsender- Etikett

**Geschlecht**

- Frau
- Mann

# Stress-Diagnostik

Selbstzahler

**Oxidative Parameter**

- 5106 Lipidperoxidation S 26,23
- 5107 DNS-Oxidation U 43,72
- 6231 Nitrotyrosin EP 33,22
- 5105 Antioxidative Kapazität S 26,23
- 5356 Glutathion E 43,72
- 5414 ox. LDL S 21,54
- 5117 Citrullin 1.MU stab. 40,53

**Entzündung**

- 2205 proinflamm. Zytokinstatus H 76,93
- 5912 CRP S 11,66
- 9052 Glukokortikoid-Reaktivität 3xH 89,75
- 8263 TNFa-Hemmtest H 27,98

**Immunologie**

- 2203 NK-Zellfunktion 3H 89,75
- 6253 Immunstatus Standard Plus 2E 162,61
- 8294 B-Zell-Charakterisierung 2E 187,67

**Stoffwechsel**

- 7626 Blutzucker, nüchtern NaF 2,33
- 6359 HOMA Index NAF,SEGEFR 16,90
- 6015 HbA1c E 11,66
- 6306 Omega-3-Index E 47,80

**Mitochondriale Funktion**

- 8527 ATP-Profil H 75,78
- 7554 Alpha-Liponsäure SEGEFR 53,62
- 7223 Coenzym Q10, chol. Korr. S,E 23,31
- 7636 Ammoniak EPGEFR 12,82

**Mineralstoffe - Vitamine**

- 9282 Mineralstoffe im Vollblut E, H 46,17  
Ca, Fe, K, Cu, mg, Mn, Mo, Se, Zn, kl. Blutbild
- 5346 Folsäure S 14,57
- 5354 25 (OH) Vitamin D S 21,54
- 6114 Methylmalonsäure U 35,55
- 5372 Vitamin B5 S 52,46

**Endokrinologie**

- 9281 Neuro-Balance-Profil Plus TS 208,40
- NeuroBalance-Profil + CAR
- 4308 ACTH EPGEFR 21,54
- 4124 FSH S 14,57
- 4130 LH S 14,57
- 4133 Prolaktin S 13,67
- 4203 Testosteron, frei S 20,40
- 9283 Östradiol/Progesteron Ratio Sa-TS 40,80
- 4143 Schilddrüsenhormone S 34,09
- 4148 Schilddrüsen-Auto-AK S 73,94

**Gerinnung**

- 7413 Fibrinogen C 5,83

**Neurotransmitter + Neurotrophin**

- 7208 Organix® Neuro 1.MU stab. 99,66
- 9284 BDNF S 43,72

**Gefäßerkrankungsrisiko**

- 8746 Myeloperoxidase S 32,18
- 7339 Lp-PLA2 S 54,56
- 5417 LP (a) S 17,49
- 5416 Homocystein HC 16,76
- 5414 ox. LDL S 21,54
- 5106 Lipidperoxidation S 26,23
- 9297 Matrix-GLA-Protein EPGEFR 37,60

**Express-Versand, bitte nicht vor dem Wochenende oder Feiertagen**

**Testset (TS) bitte anfordern Telefon: 06131 - 7205-0**

**Bitte Patientenerklärung auf der Rückseite**



020101410251

Hiermit erkläre ich meine Einwilligung zu den veranlassten Untersuchungen wie umseitig bezeichnet.

**Wirtschaftliche Belehrung gemäß § 630 c BGB**

Als Selbstzahler möchte ich die markierten labormedizinischen Leistungen als Gesundheitsleistung/en in Anspruch nehmen. Mir ist bekannt, dass es sich bei den von mir gewünschten Leistungen um Vorsorgeleistungen handelt, die nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung sind. Die Liquidation für diese Leistungen erfolgt auf der Grundlage der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte, die GOÄ.

Die Leistungserbringung der gewünschten Untersuchungen erfolgt über die MVZ Labor Dr. Kirkamm GmbH, Mainz bzw. deren Partnerlabore bei entsprechend gekennzeichneten Analysen (\*). Die Laborkosten verstehen sich zzgl. einer einmaligen Material- und Versandkostenpauschale von 5,60 Euro für die Versendung innerhalb der Bundesrepublik Deutschland. Die Abrechnung der durchgeführten labormedizinischen Leistung erfolgt über die MVZ Labor Dr. Kirkamm GmbH, Mainz, bzw. deren Partnerlabor/e.

Ich habe gegenüber meiner Krankenkasse und/oder anderen Kostenerstattungsstellen keinen Anspruch auf Kostenübernahme, weder ganz noch teilweise.

Ich verpflichte mich daher, als Selbstzahler die Gesamtkosten der markierten labormedizinischen Untersuchungen zzgl. der Material- und Versandkostenpauschale zu tragen.

**Datenschutzinformationen:**

Unsere ausführlichen Datenschutzinformationen für medizinische Analysen, Laboruntersuchungen und Befundübermittlungen finden Sie auf unserer Webseite unter [www.ganzimmun.de](http://www.ganzimmun.de) im Downloadcenter unter Patienteninformationen / Formulare.

Hierüber wurde ich von meiner Ärztin / meinem Arzt bzw. meiner Therapeutin / meinem Therapeuten aufgeklärt.

Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/ in bei Kindern des Erziehungsberechtigten  
(bitte zusätzlich den Namen in Blockschrift)

**Mit der Unterschrift wird die korrekte Rechnungsanschrift auf Seite 1 bestätigt.**

