

Mit Chipkarte bedrucken bzw. in Blockschrift **vollständig** ausfüllen!

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_ Geb.-Datum \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Geschlecht  männl.  Kind  weibl.

Einsender-Etikett **Praxis**

Auftragsnummer **Labor**

**intern:**

- se  naf
- seab  vc
- h  spei
- ed  st
- c  urs
- u  at
- hc  abstr
- hp  ep
- cp  segefr
- cpg



In Kooperation mit der laborärztlichen Praxis  
**Dr. med. Ralf Kirkamm**  
 Arzt für Laboratoriumsmedizin

Hans-Böckler-Straße 109  
 55128 Mainz  
 Tel. +49 (0) 61 31 - 72 05 - 0  
 Fax +49 (0) 61 31 - 72 05 - 100  
 Email info@ganzimmun.de  
 Web www.ganzimmun.de

# Frag-einen-Männerarzt.de Mein-gesunder-Mann.de Gesundheitscheck-Mann.de Stress und Burnout

- wichtige Hinweise**
- Testset bitte anfordern**
- ultrasensitiv**
- Serum lichtgeschützt**
- Express-Versand**, bitte nicht vor dem Wochenende oder Feiertagen

		Preise in Euro
<b>Neurostress</b>		
<input type="checkbox"/> 4516	<b>Cortisol</b> tagesprofil	Testset 72,85
<input type="checkbox"/> 4504	<b>adrenaler Stressindex</b> Cortisol im Tagesprofil, DHEA	Testset 113,65
<input type="checkbox"/> 5304	<b>Neuro-Balance-Profil</b> Adrenalin, Cortisol im Tagesprofil, DHEA, Dopamin, Noradrenalin, Serotonin	Testset 164,67
<input type="checkbox"/> 5459	<b>Neuro-Endocrine-Profil</b> <b>neu</b> Neuro-Balance-Profil plus Östradiol, Progesteron, Testosteron, Histamin	Testset 281,82
<b>Neurotransmitter</b> <b>neu</b>		
<input type="checkbox"/> 5468	<b>exzitatorische Neurotransmitter</b> Katecholamine, Glutamat, PEA 2. Morgenurin stab. 116,93	116,93
<input type="checkbox"/> 5469	<b>inhibitorische Neurotransmitter</b> GABA, Glycin, Serotonin 2. Morgenurin stab. 111,95	111,95
<input type="checkbox"/> 5461	<b>GABA</b> 2. Morgenurin stab. 43,19 <input type="checkbox"/> 5465 <b>Glutamat</b> 2. Morgenurin stab. 38,20	43,19 / 38,20
<input type="checkbox"/> 5463	<b>Glycin</b> 2. Morgenurin stab. 38,20 <input type="checkbox"/> 3241 <b>Histamin</b> EDTA-Plasma gefr. 33,22	38,20 / 33,22
<input type="checkbox"/> 3242	<b>Histamin</b> 2. Morgenurin stab. 33,22	33,22
<input type="checkbox"/> 5466	<b>PEA</b> 2. Morgenurin stab. 38,20	38,20
<input type="checkbox"/> 3244	<b>Serotonin</b> Serum gefr. 33,22	33,22
<input type="checkbox"/> 3245	<b>Serotonin</b> 2. Morgenurin stab. 35,55	35,55
<input type="checkbox"/> 5464	<b>Taurin</b> 2. Morgenurin stab. 38,20	38,20
<b>weiterführende Speicheldiagnostik</b>		
<input type="checkbox"/> 1241	<b>slgA</b> Saliva 10,05	10,05
<input type="checkbox"/> 4525	<b>antioxidative Kapazität</b>	Testset 17,49
weitere Spezial-Profile Neurostress auf Anfrage		

		Preise in Euro
<b>Schlafstörungen</b>		
<input type="checkbox"/> 4401	<b>Melatonin-Sulfat</b> nächtliche Gesamtproduktion 1. Morgenurin 43,72	43,72
<input type="checkbox"/> 4526	<b>Melatonin im Speichel</b> 2 Uhr Salivette 43,72	43,72
<input type="checkbox"/> 4522	<b>Melatonin-Profil</b> 20/24/2 Uhr	Testset 131,16
<b>Neuroendokrinologie Hormone im Speichel</b>		
<input type="checkbox"/> 4502	<b>Hormone Mann</b> Testosteron, DHEA	Testset 40,80
<input type="checkbox"/> 4517	<b>Hormone Mann Plus</b> Hormone Mann plus Östradiol	Testset 61,20
<input type="checkbox"/> 4516	<b>plus Cortisol</b> tagesprofil	Testset 72,85
<input type="checkbox"/> 4518	<b>plus Neurotransmitter Basis</b> Katecholamine, Serotonin 2. Morgenurin stab. 73,75	73,75
<input type="checkbox"/> 4501	<b>Testosteron-Tagesprofil</b>	Testset 81,60
<b>Einzelhormone</b>		
<input type="checkbox"/> 4519	<b>DHEA</b> <input type="checkbox"/> 4520 <b>Östradiol</b> jeweils Testset je 20,40	20,40
<input type="checkbox"/> 4521	<b>Progesteron</b> <input type="checkbox"/> 4508 <b>Testosteron</b>	

<b>Ärztliche Leistungen</b>			
	GOÄ-Nr.	Faktor	Betrag
<input type="checkbox"/> Beratung	1	2,3	10,72
<input type="checkbox"/> Beratung (>10 min)	3	2,3	20,11
<input type="checkbox"/> ausführliche Beratung (>30 min)	3	3,5	30,60
<input type="checkbox"/> symptombezogene Untersuchung	5	2,3	10,72
<input type="checkbox"/> körperliche Untersuchung	6	2,3	13,41
<input type="checkbox"/> Organsystemuntersuchung	7	2,3	21,45
<input type="checkbox"/> Ganzkörperstatus	8	2,3	34,86
<input type="checkbox"/> digital-rektale Untersuchung	11	2,3	8,04
<input type="checkbox"/> Gesundheitsuntersuchung Mann	28	2,3	37,54
<input type="checkbox"/> Gesundheitsuntersuchung	29	2,3	58,99
<input type="checkbox"/> Erstanamnese	A30	2,3	120,65
<input type="checkbox"/> Folgeanamnese	A31	2,3	60,33
<input type="checkbox"/> Diätberatung	33	2,3	40,22
<input type="checkbox"/> eingeh. Erörterung	34	2,3	40,22
<input type="checkbox"/> eingeh. Erörterung (>30 min)	34	3,5	61,20
<input type="checkbox"/> konsiliarische Beratung	60	2,3	16,09
<input type="checkbox"/> schriftl. Diätplan	76	2,3	9,38
<input type="checkbox"/> Blutentnahme	250	1,8	4,20
<input type="checkbox"/> therapeutisches Gespräch	804	2,3	20,11
<input type="checkbox"/> <b>Abschlussuntersuchung folgt</b>			

### Erklärung des Patienten

**Hiermit erkläre ich meine Einwilligung zu den veranlassten Untersuchungen.**

Als **Selbstzahler** möchte ich die markierten (ärztlichen und) labormedizinischen Leistungen als individuelle Gesundheitsleistungen 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 (GOÄ). Die Leistungserbringung der gewünschten Untersuchung(en) erfolgt über die laborärztliche Praxis Dr. med. Ralf Kirkamm, Mainz. Die Laborkosten verstehen sich zzgl. einer einmaligen Material- und Versandkostenpauschale von 5,11 Euro für die Versendung innerhalb der Bundesrepublik Deutschland.

Die Abrechnung der durchgeführten labormedizinischen Leistungen erfolgt über die laborärztliche Praxis Dr. med. Ralf Kirkamm oder gemeinsam mit den ärztlichen Leistungen über die Privatärztliche Abrechnungsstelle Kubowitsch GmbH in Giedern. Mit der Weitergabe der zur Rechnungsstellung, zum Einzug und zur Abtretung notwendigen Daten an diese Abrechnungsstelle bin ich einverstanden. Ich habe gegenüber meiner Krankenkasse und/oder anderen Kostenerstattungsstellen keinen Anspruch auf Kostenübernahme, weder ganz noch teilweise.

**Hierüber wurde ich von meiner Ärztin/meinem Arzt aufgeklärt.**

\_\_\_\_\_ Datum

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