

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

Name _____

Vorname _____ Geb.-Datum _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ _____ Ort _____

Geschlecht männl. Kind weibl.

intern:

- se seab
- h ed
- c u
- hc naf
- vc spei
- st urs
- at abstr



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

Einsender-Etikett Auftragsnummer

Praxis Labor

mensch-im-stress.de

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

Neurostress		Preise in Euro
<input type="checkbox"/> 4516	Cortisoltagessprofil	Testset 72,85
<input type="checkbox"/> 4504	adrenaler Stressindex Cortisol im Tagesprofil, DHEA	Testset 113,65
<input type="checkbox"/> 5304	Neuro-Balance-Profil Adrenalin, Cortisol im Tagesprofil, DHEA, Dopamin, Noradrenalin, Serotonin	Testset 164,67
<input type="checkbox"/> 5459	Neuro-Endocrine-Profil neu Neuro-Balance-Profil plus Östradiol, Progesteron, Testosteron, Histamin	Testset 269,09
Neurotransmitter neu		
<input type="checkbox"/> 5468	exzitatorische Neurotransmitter Katecholamine, Glutamat, PEA 2. Morgenurin stab.	121,92
<input type="checkbox"/> 5469	inhibitorische Neurotransmitter GABA, Glycin, Serotonin 2. Morgenurin stab.	155,14
<input type="checkbox"/> 5461	GABA 2. Morgenurin stab. 43,19 <input type="checkbox"/> 5465 Glutamat 2. Morgenurin stab. 38,20	
<input type="checkbox"/> 5463	Glycin 2. Morgenurin stab. 38,20 <input type="checkbox"/> 3241 Histamin EDTA-Plasma gefr. 33,22	
<input type="checkbox"/> 3242	Histamin 2. Morgenurin stab. 33,22	
<input type="checkbox"/> 5466	PEA 2. Morgenurin stab. 43,19	
<input type="checkbox"/> 3244	Serotonin Serum gefr. 33,22	
<input type="checkbox"/> 3245	Serotonin 2. Morgenurin stab. 35,55	
<input type="checkbox"/> 5464	Taurin 2. Morgenurin stab. 38,20	
weiterführende Speicheldiagnostik		
<input type="checkbox"/> 1241	slgA Saliva 10,05	
<input type="checkbox"/> 4525	antioxidative Kapazität	Testset 17,49
weitere Spezial-Profile Neurostress auf Anfrage		

Schlafstörungen		Preise in Euro
<input type="checkbox"/> 4401	Melatonin-Sulfat nächtliche Gesamtproduktion 1. Morgenurin 43,72	
<input type="checkbox"/> 4526	Melatonin im Speichel 2 Uhr Salivette 43,72	
<input type="checkbox"/> 4522	Melatonin-Profil 20/24/2 Uhr	Testset 131,16
Neuroendokrinologie Hormone im Speichel		
<input type="checkbox"/> 4505	Hormone Frau Östradiol, Progesteron	Testset 40,80
<input type="checkbox"/> 4503	Hormone Frau Plus Hormone Frau plus Testosteron, DHEA	Testset 81,60
<input type="checkbox"/> 4516	plus Cortisoltagessprofil	Testset 72,85
<input type="checkbox"/> 4518	plus Neurotransmitter Basis Katecholamine, Serotonin 2. Morgenurin stab. 73,75	
<input type="checkbox"/> 4502	Hormone Mann Testosteron, DHEA	Testset 40,80
<input type="checkbox"/> 4517	Hormone Mann Plus Hormone Mann plus Östradiol	Testset 61,20
<input type="checkbox"/> 4516	plus Cortisoltagessprofil	Testset 72,85
<input type="checkbox"/> 4518	plus Neurotransmitter Basis Katecholamine, Serotonin 2. Morgenurin stab. 73,75	
<input type="checkbox"/> 4501	Testosteron-Tagesprofil Einzelhormone	Testset 81,60 jeweils Testset je 20,40
<input type="checkbox"/> 4519	DHEA <input type="checkbox"/> 4520 Östradiol	
<input type="checkbox"/> 4521	Progesteron <input type="checkbox"/> 4508 Testosteron	

Ärztliche Leistungen				Preise in Euro
	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"/> Abschlussuntersuchung folgt				

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)