

Name des Versicherten	geb. am
.Adresse	
Datum	

Bitte beachten Sie unsere Internetseite:
www.misteltherapie-stuttgart.de

-Bitte den Kopf mit Druckbuchstaben oder Drucker ausfüllen-

LABORANFORDERUNGSBOGEN

Bitte gewünschte Untersuchung unbedingt ankreuzen!

DIAGNOSE:

MISTELDIFFERENZIERUNGSTEST	Wahl des geeigneten Mistelpräparates aus 32	144,87 €
-----------------------------------	---	-----------------

Hat der Patient bereits ein Mistelpräparat gespritzt: JA NEIN

Wenn ja welches/aktuelle Therapie:

(EFT bei der ersten Untersuchung kostenlos in Verbindung mit dem MDT)

EOSINOPHILENFUNKTIONSTEST	Aktivität der Immunzellen	38,20 €
FREIE RADIKALE	Agg. Substanz, die das Immunsystem behindern	21,45 €
LYMPHAKTIVTEST	Zahl der immunaktiven Zellen	16,36 €
ONKOIMMUNTEST	Immunistimulierende Zusatzmedikamente	90,- €
ONKOSPEZIALTEST	Onkologische Begleittherapie	45,- €
INFUSIODIFF.	Verstärkung durch i.v.-Anwendungen	27,- €
IMMUNODIFF.	Austestung, ob d.Mistel, Onkoimmun oder Helleborus wirksamer ist.	45,- €
ONKOALLERG	Mögliche Allergie auf die Mistel	30,38 €
COMET ASSAY	Risiko der Wiedererkrankung Ende der Misteltherapie möglich?	50,- €

Wir benötigen für alle Untersuchungen nur ein EDTA-Röhrchen.

- Bitte legen Sie einen Verrechnungsscheck über den oben zu entnehmenden Betrag bei.
- Oder überweisen Sie uns den Betrag auf das unten aufgeführte Konto. Bitte legen Sie immer ein quittiertes Überweisungsformular bei. Die Befunde werden nach Eingang des Geldes an den einsendenden Arzt verschickt.

Apobank Düsseldorf, BIC: DAAEDED, IBAN: DE85300606010208059845

BITTE ANGABE DER PRAXISDATEN (STEMPEL):

DATUM / UNTERSCHRIFT DES PATIENTEN/IN:

Hiermit bestätige ich, dass ich über die oben angekreuzten Untersuchungen von meinem behandelnden Arzt /Therapeut aufgeklärt wurde und die entstehenden Kosten persönlich trage, falls meine Privatkasse die Kosten nicht übernimmt. Kassenpatienten müssen die Kosten immer selbst tragen!