

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
 - cpq



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

histaminose.de

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

Völlegefühl & Blähungen		Preise in Euro
Basis-Check Analyse der Darm(bakterien)flora		
<input type="checkbox"/> 1101 Florastatus quantitative bakteriologische und mykologische Stuhluntersuchung, aerobe und anaerobe Darmflora, Hefen, Schimmelpilze, pH-Wert		Stuhl 40,79
Kombinations-Check Analyse der Darm(bakterien)flora sowie der Schleimhautabwehr, Nährstoffspaltung und Nährstoffaufnahme im Darm		
<input type="checkbox"/> 1102 Gesundheitscheck Darm Florastatus, Verdauungsrückstände, a-1-Antitrypsin, Calprotectin, Eosinophiles Protein X (EPX), Gallensäuren, Pancreas-Elastase, sekretorisches IgA		Stuhl 124,87
bei gleichzeitigem Durchfall nach Verzehr von Milch (produkten)		Atemtest 35,78
<input type="checkbox"/> 3601 Laktose-Unverträglichkeit		
nach Verzehr von Obst (säften)		Atemtest 35,78
<input type="checkbox"/> 3602 Fruktose-Unverträglichkeit		
nach Verzehr von Getreide (produkten)		
<input type="checkbox"/> 1211 Gluten-Unverträglichkeit Gliadin-AK und Transglutaminase-AK (polyvalent)		Stuhl 33,80
nach Genuss von histaminhaltigen (insbes. lang gereiften bzw. gelagerten) Lebensmitteln wie Salami, Rotwein, Sauerkraut, Hartkäse, Räucherfisch		Morgenurin, stab. 35,55
<input type="checkbox"/> 3242 Histamin im Urin		Testset 33,22
<input type="checkbox"/> 1262 Histamin im Stuhl		
<input type="checkbox"/> 3243 Diaminoxidase Überprüfung der Aktivität des Histamin abbauenden Enzyms		Serum 27,98
bei Verdacht auf Nahrungsmittel-Unverträglichkeit/Allergie		2x Serum 29,14
<input type="checkbox"/> 3201 Basis-Check: PräScreen Allergie		

Akuter Durchfall		Preise in Euro
<input type="checkbox"/> 1233 Basis-Check Lactoferrin		Stuhl 17,42
bei gleichzeitigem starken Erbrechen		
<input type="checkbox"/> 1109 Bakterielle und virale Durchfallerreger		Stuhl 60,47
bei gleichzeitigen heftigen Bauchschmerzen, Übelkeit und Appetitlosigkeit insbes. nach Aufenthalt in tropischen Ländern oder bei Tierhaltern		
Parasiten		
<input type="checkbox"/> 1261 mikroskopisch (Amöben, Cryptosporidien, Lamblien, Blastocystis hominis, Würmer, Wurmeier)		Stuhl 14,57
<input type="checkbox"/> 1260 immunologisch (Amöben, Cryptosporidien, Lamblien)		Stuhl 43,71
Verstopfung		
<input type="checkbox"/> 1214 Basis-Check Verdauungsrückstände, bakt. Spaltungsaktivität Fruktose und Sorbit, Calprotectin, Hämoglobin, Transglutaminase-AK		Stuhl 79,85

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)