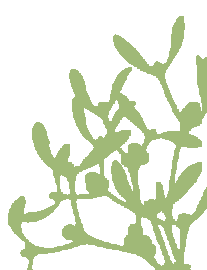


Sehr geehrte Damen und Herren,

bitte befolgen Sie folgende Anweisungen bei der Einsendung der Teste.

1. Wir benötigen nur **1 EDTA-Röhrchen** für alle Untersuchungen.
Bitte beschriften Sie das **Röhrchen** mit dem **Patientennamen**.
2. Der erste EFT ist in Verbindung mit dem MDT kostenlos.
3. Bitte füllen Sie den Anforderungsbogen aus, vor allem die **Diagnose** und das **Ankreuzen** der gewünschten Untersuchungen nicht vergessen.
Bitte fügen Sie den Anforderungsbogen der Blutsendung bei.
Ohne die Unterschrift des Patienten/in auf dem Anforderungsbogen, können wir leider die Untersuchungen nicht mehr durchführen.
4. Wir versenden leider erst die Ergebnisse, wenn der Rechnungsbetrag bei uns eingegangen ist. Wenn Sie vorab überweisen, bitte den Patientennamen im Verwendungszweck eintragen!
5. Die Blutprobe sollte in einem *wattierten Umschlag* an die obige Adresse versandt werden, jedoch nicht auf das **Wochenende**. Bitte **beachten** Sie auch unsere **Urlaubszeiten**.

Vielen Dank.



Krankenkasse
Name des Versicherten geb. am
.Adresse
Datum



DR. MED. R. WAGNER,
KIRCHHEIMER STR. 49, 70619 STUTTGART
TELEFON: 0711-474232 FAX: 0711-4780327

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	Immunstimulierende 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!