

Krankenkasse	
Name des Versicherten	geb. am
Adresse	
Datum	

-Der Kopf muss mit Druckbuchstaben oder Drucker ausgefüllt werden-

männlich      weiblich




Datum der Blutentnahme:

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

Bitte beachten Sie unsere Internetseite:  
[www.misteltherapie-stuttgart.de](http://www.misteltherapie-stuttgart.de)

## LABORANFORDERUNGSBOGEN

**Bitte die gewünschte Untersuchung ankreuzen und folgende Angaben müssen angegeben werden:**

### ***1. DIAGNOSE:***

**2. Hat der Patient/in bereits ein Mistel-oder Immunpräparat gespritzt: JA      NEIN**  
Wenn ja welches/aktuelle Therapie: (Welches Präparat, welche Stärke, Spritzrhythmus)

	<b>MISTELDIFFERENZIERUNGSTEST</b>	Wahl des geeigneten Mistelpräparates aus 30	<b>144,87 €</b>
	<b>PRÄPARATENKONTROLLE</b>	Es kann jedes Präparat getestet werden, das in unseren Testen angeboten wird. Bitte gewünschtes Präparat angeben.	<b>Je Präparat 9,- €</b>
	<b>EOSINOPHILENFUNKTIONSTEST (EFT bei der ersten Untersuchung kostenlos in Verbindung mit dem MDT)</b>	Aktivität der Immunzellen	<b>38,20 €</b>
	<b>LYMPHAKTIVTEST</b>	Zahl der immunaktiven Zellen	<b>16,36 €</b>
	<b>LYMPHOZYTENGRANULATIONS- INDEX LGI</b>	Infektanfälligkeit auf Viren	<b>20,78 €</b>
	<b>ONKOIMMUNTEST</b>	Immunstimulierende Zusatzmedikamente	<b>90, - €</b>
	<b>ONKOSPEZIALTEST</b>	Onkologische Begleittherapie	<b>45,- €</b>
	<b>INFUSIODIFF.</b>	Verstärkung durch i.v.-Anwendungen	<b>27, - €</b>
	<b>IMMUNODIFF.</b>	Austestung, ob d.Mistel, Onkoimmun oder Helleborus wirksamer ist.	<b>45,- €</b>
	<b>ONKOALLERG</b>	Mögliche Allergie auf die Mistel	<b>30,38 €</b>
	<b>COMET ASSAY</b>	Risiko der Wiedererkrankung Ende der Misteltherapie möglich?	<b>50, - €</b>

**Wir benötigen für alle Untersuchungen nur ein EDTA-Röhrchen.**

Bitte beachten Sie, dass die Rechnung nach § 12 Abs. 1 GOÄ sofort fällig ist. Wir weisen gem. § 286 Abs. 3 BGB darauf hin, dass Sie auch ohne Mahnung in Verzug geraten.

Bitte überweisen Sie uns den Betrag auf das unten aufgeführte Konto.

Überweisung an Dr. med. Richard Wagner, IBAN: DE85 3006 0601 0208 0598 45, BIC: DAAEDEDD

**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!

Sehr geehrte Damen und Herren!

Hier wichtige Hinweise zur Einsendung in das Labor Onkobrain.

1. Wir benötigen nur **1 EDTA-Röhrchen** für alle Untersuchungen.  
Bitte beschriften Sie das **Blutröhrchen mit dem Namen**.
2. Der erste EFT ist in Verbindung mit dem MDT kostenlos.  
Jede weitere Einsendung des MDTs bei dem Patienten/in muss der EFT  
bezahlt werden.
3. Bitte füllen Sie den Anforderungsbogen aus, vor allem die **Diagnose**  
(Tumorerkrankung, chronische Erkrankungen,  
Autoimmunerkrankungen) und das Ankreuzen der gewünschten  
Untersuchungen nicht vergessen.  
Hat der Patient/in schon die Misteltherapie durchgeführt ja/nein. Wenn  
ja welches Präparat und in welchem Rhythmus.

**Ohne die Unterschrift des Patienten/in auf dem Anforderungsbogen,  
können wir leider die Untersuchungen nicht mehr durchführen.**

Bitte fügen Sie den Anforderungsbogen der Blutsendung bei.

4. Die Blutprobe sollte in einem wattierten Umschlag, ausreichend  
frankiert an die obige Adresse versandt werden, jedoch nicht auf das  
**Wochenende**.  
Bitte **beachten** Sie auch unsere **Urlaubszeiten**.

Vielen Dank.

