

Krankenkasse
Name des Versicherten geb. am
Adresse
Datum

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

-Der Kopf muss mit Druckbuchstaben oder Drucker ausgefüllt werden-

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)

	MISTELDIFFERENZIERUNGSTEST	Wahl des geeigneten Mistelpräparates aus 30	144,87 €
	PRÄPARATENKONTROLLE	Es kann jedes Präparat getestet werden, das in unseren Testen angeboten wird. Bitte gewünschtes Präparat angeben.	Je Präparat 9,- €
	EOSINOPHILENFUNKTIONSTEST (EFT bei der ersten Untersuchung kostenlos in Verbindung mit dem MDT)	Aktivität der Immunzellen	38,20 €
	LYMPHAKTIVTEST	Zahl der immunaktiven Zellen	16,36 €
	LYMPHOZYTENGRANULATIONS-INDEX LGI	Infektanfälligkeit auf Viren	20,78 €
	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 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: DAAEEDDD

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.

