

Krankenkasse
Name des Versicherten  geb. am
Adresse
Datum

-Bitte den Kopf mit Druckbuchstaben oder Drucker ausfüllen-



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 KOMPATIBILITÄTSTEST

### FRAGEBOGEN:

**DIAGNOSE/ TUMORSTADIUM:**

\_\_\_**CHEMOTHERAPIE:**

**-Vorthherapie:**

**-Geplante Therapie:**

\_\_\_**ANTI KÖRPER THERAPIE:**

**-Vorthherapie:**

**-Geplante Therapie:**

**Einsendung: Dienstag, Mittwoch, am Besten per Express**

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

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: DAAEDED**

**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!