

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:**

##### **-Vortherapie:**

##### **-Geplante Therapie:**

#### **ANTIKÖRPERTHERAPIE:**

##### **-Vortherapie:**

##### **-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: 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!**