

| |
|--------------------------------------|
| Krankenkasse |
| Name des Versicherten geb. am |
| Adresse |
| Datum |



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

-Bitte den Kopf mit Druckbuchstaben oder Drucker ausfüllen-

Bitte beachten Sie unsere Internetseite:
www.misteltherapie-stuttgart.de

LABORANFORDERUNGSBOGEN KOMPABILITÄTSTEST FRAGEBOGEN:

DIAGNOSE / TUMORSTADIUM:

___ CHEMOTHERAPIE

VORTHERAPIE:

GEPLANTE THERAPIE:

___ ANTIKÖRPERTHERAPIE

VORTHERAPIE:

GEPLANTE THERAPIE:

Wir benötigen für alle Untersuchungen nur ein EDTA-Röhrchen.

EINSENDUNG NUR MONTAG, DIENSTAG, MITTWOCH PER EXPRESS!

Ohne ausgefüllten Anforderungsbogen wird der Test **nicht** durchgeführt!

KOSTEN FÜR DEN TEST: 25,48 Euro

Apobank Düsseldorf, BIC: DAAEDED, IBAN: DE85 3006 0601 0208 0598 45

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!