

Mit Chipkarte bedrucken bzw. in Blockschrift **vollständig** ausfüllen!

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_ Geb.-Datum \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

Geschlecht  männl.  Kind  weibl.

Einsender-Etikett **Praxis**

Auftragsnummer **Labor**

**intern:**

- se  naf
- seab  vc
- h  spei
- ed  st
- c  urs
- u  at
- hc  abstr
- hp  ep
- cp  segefr
- cpg



In Kooperation mit der laborärztlichen Praxis  
**Dr. med. Ralf Kirkamm**  
 Arzt für Laboratoriumsmedizin

Hans-Böckler-Straße 109  
 55128 Mainz  
 Tel. +49 (0) 61 31 - 72 05 - 0  
 Fax +49 (0) 61 31 - 72 05 - 100  
 Email info@ganzimmun.de  
 Web www.ganzimmun.de

**gluten-intoleranz.de**

- wichtige Hinweise**
- Testset bitte anfordern**
- ultrasensitiv**
- Serum lichtgeschützt**
- Express-Versand, bitte nicht vor dem Wochenende oder Feiertagen**

Völlegefühl & Blähungen		Preise in Euro
<b>Basis-Check</b> Analyse der Darm(bakterien)flora		
<b>1101 Florastatus</b> quantitative bakteriologische und mykologische Stuhluntersuchung, aerobe und anaerobe Darmflora, Hefen, Schimmelpilze, pH-Wert	Stuhl	40,79
<b>Kombinations-Check</b> Analyse der Darm(bakterien)flora sowie der Schleimhautabwehr, Nährstoffspaltung und Nährstoffaufnahme im Darm		
<b>1102 Gesundheitscheck Darm</b> Florastatus, Verdauungsrückstände, a-1-Antitrypsin, Calprotectin, Eosinophiles Protein X (EPX), Gallensäuren, Pankreas-Elastase, sekretorisches IgA	Stuhl	124,87
bei gleichzeitigem Durchfall nach Verzehr von <b>Milch</b> (produkten)	Atemtest	35,78
<b>3601 Laktose-Unverträglichkeit</b>		
nach Verzehr von <b>Obst</b> (säften)	Atemtest	35,78
<b>3602 Fruktose-Unverträglichkeit</b>		
nach Verzehr von <b>Getreide</b> (produkten)	Stuhl	33,80
<b>1211 Gluten-Unverträglichkeit</b> Gliadin-AK und Transglutaminase-AK (polyvalent)		
nach Genuss von <b>histaminhaltigen</b> (insbes. lang gereiften bzw. gelagerten) <b>Lebensmitteln</b> wie Salami, Rotwein, Sauerkraut, Hartkäse, Räucherfisch	Morgenurin, stab.	33,22
<b>3242 Histamin</b> im Urin		
<b>3243 Diaminoxidase</b> Überprüfung der Aktivität des Histamin abbauenden Enzyms	Serum	27,98
bei Verdacht auf <b>Nahrungsmittel-Unverträglichkeit/Allergie</b>	2x Serum	29,14
<b>3201 Basis-Check: PräScreen Allergie</b>		

Akuter Durchfall		Preise in Euro
<b>1233 Basis-Check</b> Lactoferrin	Stuhl	17,42
bei gleichzeitigem starken Erbrechen		
<b>1109 Bakterielle und virale Durchfallerreger</b>	Stuhl	60,47
bei gleichzeitigen heftigen <b>Bauchschmerzen, Übelkeit und Appetitlosigkeit</b> insbes. nach Aufenthalt in tropischen Ländern oder bei Tierhaltern		
<b>Parasiten</b>		
<b>1261</b> mikroskopisch (Amöben, Cryptosporidien, Lamblien, Blastocystis hominis, Würmer, Wurmeier)	Stuhl	14,57
<b>1260</b> immunologisch (Amöben, Cryptosporidien, Lamblien)	Stuhl	43,71
Verstopfung		
<b>1216 Basis-Check</b> Verdauungsrückstände, bakt. Spaltungsaktivität Fruktose und Sorbit, Calprotectin, Hämoglobin, Transglutaminase-AK	Stuhl	82,38

Ärztliche Leistungen				Preise in Euro
	GOÄ-Nr.	Faktor	Betrag	
<input type="checkbox"/> Beratung	1	2,3	10,72	
<input type="checkbox"/> Beratung (>10 min)	3	2,3	20,11	
<input type="checkbox"/> ausführliche Beratung (>30 min)	3	3,5	30,60	
<input type="checkbox"/> symptombezogene Untersuchung	5	2,3	10,72	
<input type="checkbox"/> körperliche Untersuchung	6	2,3	13,41	
<input type="checkbox"/> Organsystemuntersuchung	7	2,3	21,45	
<input type="checkbox"/> Ganzkörperstatus	8	2,3	34,86	
<input type="checkbox"/> digital-rektale Untersuchung	11	2,3	8,04	
<input type="checkbox"/> Gesundheitsuntersuchung Mann	28	2,3	37,54	
<input type="checkbox"/> Gesundheitsuntersuchung	29	2,3	58,99	
<input type="checkbox"/> Erstanamnese	A30	2,3	120,65	
<input type="checkbox"/> Folgeanamnese	A31	2,3	60,33	
<input type="checkbox"/> Diätberatung	33	2,3	40,22	
<input type="checkbox"/> eingeh. Erörterung	34	2,3	40,22	
<input type="checkbox"/> eingeh. Erörterung (>30 min)	34	3,5	61,20	
<input type="checkbox"/> konsiliarische Beratung	60	2,3	16,09	
<input type="checkbox"/> schriftl. Diätplan	76	2,3	9,38	
<input type="checkbox"/> Blutentnahme	250	1,8	4,20	
<input type="checkbox"/> therapeutisches Gespräch	804	2,3	20,11	
<input type="checkbox"/> <b>Abschlussuntersuchung folgt</b>				

**Erklärung des Patienten**

Hiermit erkläre ich meine Einwilligung zu den veranlassten Untersuchungen.

Als **Selbstzahler** möchte ich die markierten (ärztlichen und) labormedizinischen Leistungen als individuelle Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen. Mir ist bekannt, dass es sich bei den von mir gewünschten Leistungen um Vorsorgeleistungen handelt, die nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung sind. Die Liquidation für diese Leistungen erfolgt auf der Grundlage der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Die Leistungserbringung der gewünschten Untersuchung(en) erfolgt über die laborärztliche Praxis Dr. med. Ralf Kirkamm, Mainz. Die Laborkosten verstehen sich zzgl. einer einmaligen Material- und Versandkostenpauschale von 5,11 Euro für die Versendung innerhalb der Bundesrepublik Deutschland.

Die Abrechnung der durchgeführten labormedizinischen Leistungen erfolgt über die laborärztliche Praxis Dr. med. Ralf Kirkamm oder gemeinsam mit den ärztlichen Leistungen über die Privatärztliche Abrechnungsstelle Kubowitsch GmbH in Gernern. Mit der Weitergabe der zur Rechnungsstellung, zum Einzug und zur Abtretung notwendigen Daten an diese Abrechnungsstelle bin ich einverstanden. Ich habe gegenüber meiner Krankenkasse und/oder anderen Kostenerstattungsstellen keinen Anspruch auf Kostenübernahme, weder ganz noch teilweise.

Hierüber wurde ich von meiner Ärztin/meinem Arzt aufgeklärt.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient/in  
bei Kindern des Erziehungsberechtigten (bitte zusätzlich den Namen in Blockschrift)