



Name: \_\_\_\_\_, geb. \_\_\_\_\_

**Empfohlen**

**Gewählt**

- |                          |   |         |                          |
|--------------------------|---|---------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Vorsorge Schlaganfall (Farbduplex Gehirngefäße)   | 37,89 € | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Herz Ultraschall                                  | 40,80 € | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Körperanalyse (Fett/Muskel/Knochen/biolog. Alter) | 14,75 € | <input type="checkbox"/> |

**Sinnvolle Labor-Spezialuntersuchungen:**

- |                          |   |                |                          |
|--------------------------|---|----------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <b>Zusätzliches umfangreiches Profil</b> (deutlich umfangreichere Blutwerte mit zusätzlich Langzeitzucker, Eiweißverteilung, Immunsystem, Differential-Blutbild, Elektrolyte) | <b>40,00 €</b> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|---|----------------|--------------------------|

**Tumormarker (bitte Rücksprache mit dem Arzt):**

- |                          |  |     |                |                          |
|--------------------------|--|-----|----------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Prostatatumormarker PSA (für Männer)   | GOÄ | <b>17,49 €</b> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Tumormarker CEA (Lunge, Magen, Darm)   | GOÄ | <b>14,57 €</b> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Bauchspeicheldrüsentumormarker Ca 19-9 | GOÄ | <b>17,49 €</b> | <input type="checkbox"/> |

**Ernährung/Vitamine:**

- |                          |                        |     |                |                          |
|--------------------------|------------------------|-----|----------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Vitamin B12            | GOÄ | <b>14,57 €</b> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Eisenspeicher Ferritin | GOÄ | <b>14,57 €</b> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Vitamin D              | GOÄ | <b>27,98 €</b> | <input type="checkbox"/> |

**Sonstige:**

- |                          |   |     |                |                          |
|--------------------------|---|-----|----------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Blutgasanalyse (mit Hämoglobin und Elektrolyten)  |     | <b>14,11 €</b> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Schilddrüse TSH   | GOÄ | <b>14,57 €</b> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | HIV   | GOÄ | <b>17,49 €</b> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Testosteron   | GOÄ | <b>20,40 €</b> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Darmkrebsvorsorge Stuhl auf Blut<br>(Kassenleistung ab 50 Jahre, bitte zusätzlich unterschreiben) | GOÄ | <b>17,48 €</b> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | Weiteres:   |     |                |                          |

**Um während Ihres Praxisaufenthalts Zeit zu sparen, füllen Sie dieses Formular gerne vorab aus und übersenden es uns per E-Mail oder über die Website.**

*Hiermit bestätige ich, die oben angekreuzten Untersuchungen auf eigenen Wunsch durchführen zu lassen. Mir ist bekannt, dass eine Kostenerstattung durch die Krankenkasse nicht erfolgen kann.*

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift