

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

Tumormarker (bitte Rücksprache mit dem Arzt):

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

Ernährung/Vitamine:

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

Sonstige:

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