



CellTrend GmbH

GESCHÄFTSFÜHRER: DR. HARALD HEIDECKE
IM BIOTECHNOLOGIEPARK 3 • D-14943 LUCKENWALDE
LAB-SERVICE@CELLTREND.DE
TEL: 03371 / 6199 600 • FAX: 03371 / 6199 604

Auto-Antikörper zur CFS-Diagnostik

Hiermit bitte ich um Bestimmung folgender Marker:

- Muskarin-3-Rezeptor Auto-Antikörper (€ 27,00)
- Muskarin-4-Rezeptor-Auto-Antikörper (€ 27,00)

- β 1-adrenerger – Rezeptor – Auto-Antikörper (€ 27,00)
- β 2-adrenerger – Rezeptor – Auto-Antikörper (€ 27,00)

Name Patient:

Datum/Uhrzeit der Blutabnahme:

- Rechnung an Praxis/Klinik
- Rechnung an Patient

Anschrift Patient:

Straße:

Ort:

E-Mail/Tel.:

Stempel & Ansprechpartner:

Hinweise zu Probengewinnung und -transport:

Serum gewinnen mit üblichen Serumröhrchen. Nach Gerinnung zentrifugieren und ca. 1 ml Serum in neues Röhrchen überführen (kein Vollblut oder Plasma einsenden!).

Postversand bei Raumtemperatur an Laboradresse (siehe oben). Laufzeit soll nicht über 48 h liegen, deshalb auf Leerungszeiten des Briefkastens achten.

Einwilligung:

Ich bin einverstanden, dass die CellTrend GmbH, Im Biotechnologiepark 3, 14943 Luckenwalde zum Zwecke der Untersuchung und Abrechnung meine Daten erhält. Im Falle einer Geltendmachung der Forderungen entbinde ich meinen Arzt von der Schweigepflicht.

Ich bin damit einverstanden, dass die übermittelten Daten, sowie die erhobenen Ergebnisse in Papierform und in elektronischer Form entsprechend der gesetzlichen Vorgaben gespeichert und in anonymisierter Form für wissenschaftliche Zwecke oder für Zwecke der Qualitätssicherung genutzt werden.

Nach Abschluss der Analyse verbleibendes Probenmaterial übereigne ich hiermit der CellTrend GmbH und gestatte die Verwendung für qualitätssichernde Maßnahmen und wissenschaftliche Zwecke in anonymisierter Form.

ggf. Nichtzutreffendes streichen

Mir ist bekannt, dass ich alle getätigten Einwilligungen jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne persönliche Nachteile mündlich oder schriftlich widerrufen kann.

Ort, Datum _____ Unterschrift Patient _____