



## Bestimmung Auto-Antikörper zur Diagnostik

- Rechnung an Patient     Rechnung an Praxis/Klinik

Name Patient: .....

Datum/Uhrzeit der Blutabnahme: .....

Straße: .....

Ort: .....

E-Mail: .....

### Hiermit bitte ich um Bestimmung folgender Marker:

#### **POTS (€ 467,-)**

- Angiotensin-II-receptor-1 AT1R-auto-antibody (€ 27,00)
- Endothelin-receptor-A ETAR-auto-antibody (€ 27,00)
- Alpha1 adrenergic-receptor-auto-antibody (€ 112,00)
- Alpha2 adrenergic-receptor-auto-antibody (€ 112,00)
- Beta1 adrenergic-receptor-auto-antibody (€ 27,00)
- Beta2 adrenergic-receptor-auto-antibody (€ 27,00)
- Muscarinic cholinergic M1-receptor-auto-antibody (€ 27,00)
- Muscarinic cholinergic M2-receptor-auto-antibody (€ 27,00)
- Muscarinic cholinergic M3-receptor-auto-antibody (€ 27,00)
- Muscarinic cholinergic M4-receptor-auto-antibody (€ 27,00)
- Muscarinic cholinergic M5-receptor-auto-antibody (€ 27,00)

#### **CFS (€ 108,-)**

- Beta1 adrenergic-receptor-auto-antibody (€ 27,00)
- Beta2 adrenergic-receptor-auto-antibody (€ 27,00)
- Muscarinic cholinergic M3-receptor-auto-antibody (€ 27,00)
- Muscarinic cholinergic M4-receptor-auto-antibody (€ 27,00)

#### **CRPS (€ 166,-)**

- Alpha1 adrenergic-receptor-auto-antibody (€ 112,00)
- Beta2 adrenergic-receptor-auto-antibody (€ 27,00)
- Muscarinic cholinergic M2-receptor-auto-antibody (€ 27,00)

#### **Small Fiber Neuropathie (€ 224,-)**

- FGFR3-auto-antibody (€ 112,00)
- TSHDS-auto-antibody (€ 112,00)

Stempel Arzt:

#### **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 48h 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 (nicht jedoch den Auftrag, die Laborrohdaten und die finanzielle Dokumentation) jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne persönliche Nachteile mündlich oder schriftlich widerrufen kann.

**Für Privateinsender: Nach Bestimmung Ihrer Probe(n) erhalten Sie von uns eine Rechnung. Sobald diese beglichen ist, erfolgt die Übersendung des Befundes.**

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

Unterschrift Patient \_\_\_\_\_