



## Bestimmung von Auto-Antikörpern zur Diagnostik

- Rechnung an Patient     Rechnung an Praxis/Klinik

Name Patient: .....

Datum der Blutabnahme: .....

Straße: .....

Ort: .....

E-Mail: .....

Stempel Arzt:

<b>POTS (€ 467,-)</b>	
<input type="checkbox"/> Angiotensin-II-Rezeptor-1 AT1R-Auto-Antikörper	(€ 27,00)
<input type="checkbox"/> Endothelin-Rezeptor-A ETAR-Auto-Antikörper	(€ 27,00)
<input type="checkbox"/> Alpha1 adrenerger-Rezeptor-Auto-Antikörper	(€ 112,00)
<input type="checkbox"/> Alpha2 adrenerger-Rezeptor-Auto-Antikörper	(€ 112,00)
<input type="checkbox"/> Beta1 adrenerger-Rezeptor-Auto-Antikörper	(€ 27,00)
<input type="checkbox"/> Beta2 adrenerger-Rezeptor-Auto-Antikörper	(€ 27,00)
<input type="checkbox"/> Muscarinerner Cholin-M1-Rezeptor-Auto-Antikörper	(€ 27,00)
<input type="checkbox"/> Muscarinerner Cholin-M2-Rezeptor-Auto-Antikörper	(€ 27,00)
<input type="checkbox"/> Muscarinerner Cholin-M3-Rezeptor-Auto-Antikörper	(€ 27,00)
<input type="checkbox"/> Muscarinerner Cholin-M4-Rezeptor-Auto-Antikörper	(€ 27,00)
<input type="checkbox"/> Muscarinerner Cholin-M5-Rezeptor-Auto-Antikörper	(€ 27,00)
<b>Small Fiber Neuropathie (€ 224,-)</b>	
<input type="checkbox"/> FGFR3-Auto-Antikörper	(€ 112,00)
<input type="checkbox"/> TSHDS-Auto-Antikörper	(€ 112,00)
<b>CFS/ME (€ 108,-)</b>	
<input type="checkbox"/> Beta1 adrenerger-Rezeptor-Auto-Antikörper	(€ 27,00)
<input type="checkbox"/> Beta2 adrenerger-Rezeptor-Auto-Antikörper	(€ 27,00)
<input type="checkbox"/> Muscarinerner Cholin-M3-Rezeptor-Auto-Antikörper	(€ 27,00)
<input type="checkbox"/> Muscarinerner Cholin-M4-Rezeptor-Auto-Antikörper	(€ 27,00)
<b>weitere Auto-Antikörper</b>	
<input type="checkbox"/> ACE2-Auto-Antikörper	(€ 112,00)
<input type="checkbox"/> MAS1-Rezeptor-Auto-Antikörper	(€ 112,00)

### Hinweise zur Probengewinnung und zum Transport:

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

Postversand direkt nach Abnahme bei Raumtemperatur oder mit Kühlakku im Päckchen/gepolsterten Umschlag an Laboradresse (siehe oben).

### 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 \_\_\_\_\_