



Anforderungsschein

Rechnung an Patient Rechnung an Praxis/Klinik

Datum der Blutabnahme.....

Name Patient:
Straße:
Ort:
E-Mail:

Stempel Arzt: [Empty box for doctor's stamp]

Rechnungsversand erfolgt per E-Mail (wenn angegeben)

Table with 2 columns: Test Name and Price. Includes sections for POTS (€ 467,-), Small Fiber Neuropathie, CFS/ME (€ 108,-), and weitere Antikörper (AK).

Hinweise zur Probengewinnung und zum Transport siehe „Patienteninformation“ auf www.celltrend.de



Nur Serum, KEIN Vollblut oder Plasma einsenden!

Einwilligung: Ich bin einverstanden, dass die CellTrend GmbH, Im Biotechnologiepark 3, 14943 Luckenwalde zum Zwecke der Untersuchung und Abrechnung meine Daten erhält.

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.

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

Abrechnung erfolgt als Privatleistung, nicht über GOÄ.

Ort Datum _____

Unterschrift Patient _____