



Anforderungsschein

Bitte in **Druckbuchstaben** ausfüllen!

Name Patient:

Straße:

Ort:

E-Mail:

➔ **Rechnungsversand erfolgt per Email** (wenn angegeben)

POTS und Long Covid

- | | |
|--|---------|
| ☐ Angiotensin-II-Rezeptor-1-AK | (€ 27) |
| ☐ Angiotensin-II-Rezeptor-2-AK | (€ 112) |
| ☐ Endothelin-Rezeptor-A-AK | (€ 27) |
| ☐ Endothelin-Rezeptor-B-AK | (€ 112) |
| ☐ Alpha1 adrenerger-Rezeptor-AK | (€ 112) |
| ☐ Alpha2 adrenerger-Rezeptor-AK | (€ 112) |
| ☐ Beta1 adrenerger-Rezeptor-AK | (€ 27) |
| ☐ Beta2 adrenerger-Rezeptor-AK | (€ 27) |
| ☐ Muskarinerges Cholin-M1-Rezeptor-AK | (€ 27) |
| ☐ Muskarinerges Cholin-M2-Rezeptor-AK | (€ 27) |
| ☐ Muskarinerges Cholin-M3-Rezeptor-AK | (€ 27) |
| ☐ Muskarinerges Cholin-M4-Rezeptor-AK | (€ 27) |
| ☐ Muskarinerges Cholin-M5-Rezeptor-AK | (€ 27) |

Small Fiber Neuropathie

- | | |
|-----------------------------------|---------|
| ☐ FGFR3-AK | (€ 112) |
| ☐ TSHDS-AK | (€ 112) |

weitere Antikörper

- | | |
|---|---------|
| ☐ ACE2-AK | (€ 112) |
| ☐ MAS1-Rezeptor-AK | (€ 112) |
| ☐ PAR1-AK | (€ 112) |
| ☐ CXCR3-Rezeptor-AK | (€ 112) |
| ☐ Stab1-AK | (€ 112) |
| ☐ Serotonin 5HT-R2a-AK | (€ 112) |
| ☐ GLP1-Rezeptor-AK | (€ 154) |
| ☐ GLP2-Rezeptor-AK | (€ 154) |
| ☐ NMDA-Rezeptor-1-AK | (€ 154) |
| ☐ NMDA-Rezeptor-2b-AK | (€ 154) |
| ☐ NMDA-Rezeptor-2c-AK | (€ 154) |
| ☐ Nikotinerges Rezeptor-1-AK | (€ 112) |
| ☐ Nikotinerges Rezeptor-2-AK | (€ 112) |
| ☐ Nikotinerges Rezeptor-7-AK | (€ 112) |

Datum der Blutabnahme:

☐ Rechnung an Patient

☐ Rechnung an Praxis/Klinik

Stempel Arzt/Klinik:

ME/CFS

- | | |
|--|--------|
| ☐ Beta1 adrenerger-Rezeptor-AK | (€ 27) |
| ☐ Beta2 adrenerger-Rezeptor-AK | (€ 27) |
| ☐ Muskarinerges Cholin-M3-Rezeptor-AK | (€ 27) |
| ☐ Muskarinerges Cholin-M4-Rezeptor-AK | (€ 27) |

Datenschutzeinwilligung:

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.

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.

- nur **Serum**, kein Vollblut/Plasma einsenden!
- Abrechnung erfolgt als **IGeL-Leistung**, nicht über GOÄ möglich.
- Sie erhalten von uns eine Rechnung nach Bestimmung Ihrer Probe(n).

Die Versendung der Ergebnismitteilung erfolgt ausschließlich nach Zahlungseingang.

Ort, Datum:

Unterschrift Patient