

Name, Vorname des Patienten		geb. am	
Geschlecht		<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich
Straße, Hausnummer			
Postleitzahl		Ort	
Probenahme am		Uhrzeit	

Bitte deutlich und vollständig ausfüllen!

Provinstr. 52 / Gebäude B14
86153 Augsburg
Telefon +49(0)821/455 799-0
Telefax +49(0)821/455 799-22
E-Mail info@sension.eu
www.sension.eu



Sension

Biologische Detektions- und Schnelltestsysteme

Untersuchungsauftrag

Bitte beachten Sie, dass für einige Untersuchungen Spezialröhrchen erforderlich sind:

Kürzel	Material
braun	Urinröhrchen, Deckel braun
blau	Urinröhrchen, Deckel blau
Sander	Spezialset Sandertest
Heparin	Heparin-Vollblut
EDTA	EDTA-Vollblut
S	Serum
P	Plasma

Therapeut

Abweichende Rechnungsanschrift

Name, Vorname	
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl	Ort

Diagnose / Klinische Fragestellung

Urinalanalytik

Untersuchung	Material	Preis
<input type="checkbox"/> Pyrrrolurie-Profil 1: Pyrrrolurie und Nitrosativer Stress (Pyrrrol, Indikan, Citrullin)	braun	59,00 €
<input type="checkbox"/> Pyrrrolurie-Profil 2: Pyrrrolurie (Pyrrrol, Indikan)	braun	47,00 €
<input type="checkbox"/> Pyrrrolurie (KPU)	braun	39,00 €
<input type="checkbox"/> Indikan	braun	18,00 €
<input type="checkbox"/> Citrullin	braun	36,00 €
<input type="checkbox"/> Methylmalonsäure	braun	63,80 €
<input type="checkbox"/> Säure-Basen-Tagesprofil nach Sander (5 Proben im Tagesverlauf)	5x Sander	42,00 €
<input type="checkbox"/> Säure-Basen-Einzelschnelltest nach Sander (Urinprobe 3 Stunden nach Hauptmahlzeit/Mittagessen)	Sander	19,85 €
<input type="checkbox"/> Porphyrin-Profil	blau	38,20 €

Blutanalytik

Untersuchung	Material	Preis
<input type="checkbox"/> ATP (intrazellulär aus Granulozyten)	EDTA	38,00 €
<input type="checkbox"/> Glutathion (intrazellulär aus Erythrozyten)	EDTA	32,00 €
<input type="checkbox"/> Gesamtes Antioxidatives Potenzial	Heparin	50,00 €
<input type="checkbox"/> Nitrotyrosin	S/P	28,00 €
<input type="checkbox"/> Homocystein	EDTA	55,00 €
<input type="checkbox"/> Vitamin D ₃	Heparin	25,00 €
<input type="checkbox"/> sonstige Untersuchungen:		

Patientenerklärung: Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zu den veranlassten Untersuchungen. Mir ist bekannt, dass die von mir gewünschten Leistungen nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen gehören, nicht Bestandteil der ärztlichen Grundversorgung sind und kein Anspruch auf Erstattung der Leistungen durch Krankenkassen besteht.

Stand: 10.01.2014

Datum: _____ Unterschrift: _____

bei Kindern des Erziehungsberechtigten
(bitte zusätzlich den Namen in Blockschrift)

Probeneingang	Labor-Auftragsnr.	K	I	C	Krea
---------------	-------------------	---	---	---	------