

Bitte deutlich und in Druckbuchstaben ausfüllen!

Name, Vorname des Patienten**	geb. am**
Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers	
Straße, Hausnummer**	
Postleitzahl**	Ort**
Telefonnummer für Rückfragen	
Probenahme am**	** Pflichtangaben

Abweichender Rechnungsempfänger

Name, Vorname	
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl	Ort

Rechnung per: (Bei Angabe der Rechnung per Mail erhalten Sie eine Probeeingangsbestätigung)

☐ Post – gegen 5,- € Papier- und Umweltpauschale

☐ Mail an _____

☐ Fax an _____

Angaben zur Impfung/Erkrankung nur für den Antikörpernachweis

☐ Durchgemachte Infektion _____

☐ Impfung mit _____

Provinstr. 52 / Gebäude B1_5
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 Blutanalysen (No. 01-08)

Arzt / Therapeut (Pflichtangabe nur in Kombination mit Masern Antikörpern)

Proben ID

Befund per: (* Der Befund der Produktreihe „SensioScreen® myfoodprofile“ wird ausschließlich per Mail verschickt. Bitte geben Sie hierfür Ihre E-Mail-Adresse an)

☐ Post

☐ Mail an _____

☐ Fax an _____

Blutanalysen

☐ SensioScreen® Röteln Antikörper 29,90 €

☐ SensioScreen® Mumps Antikörper 29,90 €

☐ SensioScreen® Windpocken 29,90 €

☐ SensioScreen® Tetanus Antikörper 34,40 €

☐ SensioScreen® Corona Spike Antikörper
(Ergebnis in BAU/ml) 49,20 €

☐ SensioScreen® Corona NCP Antikörper 34,50 €

☐ SensioScreen® Vitamin D 29,90 €

☐ SensioScreen® Corona Spike Antikörper
(Ergebnis in BAU/ml) & Corona NCP Antikörper 69,95 €

☐ SensioScreen® myfoodprofile Profil 1 * 124,99 €
- IgG Nahrungsmittelsensitivität - 54 Nahrungsmittel

☐ SensioScreen® myfoodprofile Profil 2 * 159,99 €
- IgG Nahrungsmittelsensitivität - 108 Nahrungsmittel

☐ SensioScreen® myfoodprofile Profil 3 * 159,99 €
- IgG Nahrungsmittelsensitivität - 108 Nahrungsmittel

☐ SensioScreen® myfoodprofile Profil 4 * 279,99 €
- IgG Nahrungsmittelsensitivität - 216 Nahrungsmittel

Blutanalysen in Zusammenarbeit mit einem Therapeuten

☐ SensioScreen® Masern Antikörper 29,90 €

☐ SensioScreen® Masern Antikörper & Vitamin D 48,27 €

☐ SensioScreen® Masern - Mumps - Röteln Antikörper 58,80 €

☐ SensioScreen® Masern - Mumps - Röteln
- Windpocken Antikörper 75,50 €

! Masern- und Masern-Kombi-Befunde werden nur an den angegebenen Arzt/Therapeuten versandt.

! Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Datenschutzerklärung und die AGB's gelesen habe und diese akzeptiere.

✓ Patientenerklärung: Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zu der veranlassten Untersuchung. Mir ist bekannt, dass durch die Inanspruchnahme der aufgeführten Leistungen gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen kein Erstattungsanspruch besteht. Die Kosten dieser Leistung trage ich selbst. Das Untersuchungsergebnis wird bei Angabe eines Arztes diesem zugestellt. Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass das eingesendete Blut vom angegebenen Patienten stammt.

! Untersuchungsaufträge dürfen nur im Original eingesandt werden
(Kopien sind nicht erlaubt)

Datum: _____ Unterschrift** : _____

(bei Kindern des Erziehungsberechtigten)

Wird vom Labor ausgefüllt

Posteingang	Labor-Auftragsnr.
_____	_____