

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 _____

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 Defektions- und
Schnelltestsysteme

Untersuchungsauftrag

(No. 03-08)

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 _____

Urinanalyse

☐ **SensioScreen®** KPU Profil 1 (KPU, Indikan, Citrullin) 64,90 €

☐ **SensioScreen®** KPU Profil 2 (KPU, Indikan) 51,70 €

☐ **SensioScreen®** KPU Profil 3 (KPU, Indikan, Citrullin, Methylmalonsäure) 109,99 €

☐ **SensioScreen®** KPU 42,90 €

☐ **SensioScreen®** Methylmalonsäure 57,35 €

☐ **SensioScreen®** Säure-Base-Einzelschnelltest 25,50 €

☐ **SensioScreen®** Säure-Base-Tagesprofil 52,90 €

☐ **SensioScreen®** Jod in Urin 30,50 €

☐ **SensioScreen®** Jodsättigungstest 30,50 €

Bitte Gesamtmenge an Urin und Joddosis angeben.

Gesamtmenge Urin: _____ Liter

Joddosis _____ mg Jod

Urinanalyse

☐ **SensioScreen®** Urin-Check Groß (KPU Profil 1 - Säure-Base-Tagesprofil - Jod in Urin) 125,00 €

☐ **SensioScreen®** Urin-Check Kompakt (KPU - Säure-Base-Einzelschnelltest - Jod in Urin) 81,00 €

Muttermilchanalyse

☐ **SensioScreen®** Jod in der Muttermilch 31,90 €

Alter des Säuglings: ☐ 0 - 4 Monate ☐ > 4 Monate

Haar- / Fingernagelanalyse

☐ **SensioScreen®** Schwermetallanalyse 84,00 €

*Preise inkl. 19 % MwSt

☒ 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 ich die umseitige Datenschutzerklärung gelesen und verstanden habe.

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

Datum: _____ Vor- und Nachname: _____
(bei Kindern bitte Namen des Erziehungsberechtigten in Blockschrift)

Unterschrift: _____
(bei Kindern des Erziehungsberechtigten)

Wird vom Labor ausgefüllt

Posteingang	Labor-Auftragsnr.	K [µg/dl]	I [-]	C [µM/l]	Krea [mg/l]	Jod [µg/l]
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____