

Geschäftsführer: Dr. Harald Heidecke

Im Biotechnologiepark 3 • D-14943 Luckenwalde

lab-service@celltrend.de

Tel: 03371 / 6199 600 • FAX: 03371 / 6199 604

## Anforderungsschein

□ Rechnung an Patient □ Rechnung an Praxis/Klinik		Datum der Blutabnahme		
Name Patient:  Straße:  Ort:  E-Mail:  Rechnungsversand erfolgt per Email (wenn an		Stempel Arzt:		
POTS		CFS/ME		
□ Angiotensin-II-Rezeptor-1 AT1R-AK	(€ 27,00)	□ Beta1 adrenerger-Rezeptor-AK	(€ 27,00)	
□ Endothelin-Rezeptor-A ETAR-AK	(€ 27,00)	□ Beta2 adrenerger-Rezeptor-AK (€ 27,00)		
□ Alpha1 adrenerger-Rezeptor-AK	(€ 112,00)	□ Muskarinerger Cholin-M3-Rezeptor-AK (€ 27,00)		
□ Alpha2 adrenerger-Rezeptor-AK	(€ 112,00)	□ Muskarinerger Cholin-M4-Rezeptor-AK (€ 27,00		
□ Beta1 adrenerger-Rezeptor-AK	(€ 27,00)			
□ Beta2 adrenerger-Rezeptor-AK	(€ 27,00)	Datenschutzeinwilligung:  Ich bin einverstanden, dass die CellTrend GmbH, Im Biotechnologiepark 3, 14943 Luckenwalde zum Zwecke der		
□ Muskarinerger Cholin-M1-Rezeptor-AK	(€ 27,00)			
□ Muskarinerger Cholin-M2-Rezeptor-AK	(€ 27,00)			
□ Muskarinerger Cholin-M3-Rezeptor-AK	(€ 27,00)	Untersuchung und Abrechnung meine Daten erhält. Im Falle einer Geltendmachung der Forderungen entbinde ich meinen Arzt von		
□ Muskarinerger Cholin-M4-Rezeptor-AK	(€ 27,00)	der Schweigepflicht. Ich bin damit einverstanden, dass die übermittelten Daten, sowie		
□ Muskarinerger Cholin-M5-Rezeptor-AK	(€ 27,00)	die erhobenen Ergebnisse in Papierform und in elektronischer Form entsprechend der gesetzlichen Vorgaben gespeichert und		
Small Fiber Neuropathie		anonymisierter Form für wissenschaftliche Zwecke oder für Zwecke der Qualitätssicherung genutzt werden. Nach Abschluss der Analyse verbleibendes Probenmaterial		
□ FGFR3-AK	(€ 112,00)	übereigne ich hiermit der CellTrend GmbH und gestatte die Verwendung für qualitätssichernde Maßnahmen und wissenschaftliche Zwecke in anonymisierter Form.		
□ TSHDS-AK	(€ 112,00)			
weitere Antikörper		*ggf. Nichtzutreffendes streichen		
□ ACE2-AK	(€ 112,00)	Mir ist bekannt, dass ich alle getätigten Einwilligung jedoch den Auftrag, die Laborrohdaten und die fina		
□ MAS1-Rezeptor-AK	(€ 112,00)	Dokumentation) jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne		
□ PAR1-AK (Thrombinrezeptor)	(€ 112,00)	persönliche Nachteile mündlich oder schriftlich widerrufen kann.		
□ CXCR3-Rezeptor-AK	(€ 112,00)			
□ Stab1-AK	(€ 112,00)		839888E	
Nur Serum, kein Vollblut/Plasm				

- Abrechnung erfolgt als <u>Privatleistung</u>, nicht über GOÄ möglich.
- Sie erhalten von uns eine Rechnung nach Bestimmung Ihrer Probe(n).

  <u>Ausschließlich nach Zahlungseingang</u> erfolgt die Versendung der Ergebnismitteilung.

Ort. D	Datum	Unterschrift Patient	
O	Jacaiii	Ontorooning a dione	