

Informationen zur Durchführung der Untersuchungen für Neurologische bzw. Dermatologische Biomarker der Gluten-Sensitivität

Sie sind **Ärztin/Arzt*** und möchten eine Untersuchung auf **neurologische bzw. dermatologische Biomarker der Gluten-Sensitivität** bei einer Patientin durchführen.

- Hierfür schicken sie uns bitte eine **Serumprobe**, wie unten angegeben.
- Die ausgefüllte **Untersuchungsanforderung** (s.u.) bitte beifügen

Sie sind **Patientin** und möchten, dass diese Untersuchungen bei Ihnen durchgeführt werden.

- Setzen Sie sich bitte mit Ihrer Ärztin in Verbindung
- Die Ärztin wird die notwendigen Maßnahmen zur Blutentnahme etc. veranlassen.

Hier einige Informationen zum Vorgehen:

- Für die Untersuchung werden **2 – 3 ml Serum** benötigt.
Ein **Standard-Serum-Röhrchen** ist demnach zur Blutentnahme geeignet.
- Bitte schicken Sie die **Serumprobe inkl. ausgefülltem Untersuchungs-Auftrag** (s. nächste Seite.)
per Post an:
Praxis Prof. Dr. med. M. Kramer
Facharzt für Laboratoriumsmedizin
Postfach 103320
D-69023 Heidelberg
- Falls sie einen **Kurierdienst** benutzen, verwenden Sie bitte die **Hausanschrift** der Praxis:
Mönchhofstraße 52
D-69120 Heidelberg
- Bei Rückfragen schreiben Sie mir gerne eine **E-Mail** an:
m.kramer@praxis-dr-kramer-hd.de
- oder rufen sie mich an unter:
+49 (0) 6221 321 8888



Prof. Dr. med. M. Kramer

*) Zu Gunsten der Lesbarkeit wird auf männlich/weiblich Formulierungen verzichtet.
Sämtliche Ausdrücke die weiblich ausformuliert sind, gelten sinngemäß für alle Geschlechter (m/w/x).

Bitte in BLOCKSCHRIFT ausfüllen oder DRUCKEN!

Krankenkasse bzw. Kostenträger _____

Name, Vorname des Versicherten _____ geb. am _____

Anschrift _____

E-Mail _____ Telefon / Mobil _____

Untersuchungsauftrag

Praxis
 Prof. Dr. med. M. Kramer
 Facharzt für Laboratoriumsmedizin
 Mönchhofstraße 52
 69120 Heidelberg

Telefon: 06221-3218888
 Telefax: 06221-4340964

Barcode-Labor

Erstuntersuchung Größe (cm)

Männlich Weiblich Gewicht (kg)

Kontrolle Datum

Pat.-Nr.
(LABOR)

Einsenderstempel

Kostenträger

- Privatpatient
- Selbstzahler
- Einsender
- Rechnung mit MwSt.
Falls Leistungen nicht therapeutisch indiziert sind!

Diagnose / Wichtige Angaben / Zusätzliche Untersuchungen:

	Einzelparameter	GOÄ 1,0	GOÄ 1,15
<input type="checkbox"/>	IgA-Autoantikörper gegen Transglutaminase 6 (TG6)	€ 26,23	€ 30,17
<input type="checkbox"/>	IgG-Autoantikörper gegen Transglutaminase 6 (TG6)	€ 26,23	€ 30,17
<input type="checkbox"/>	IgA-Autoantikörper gegen Transglutaminase 3 (TG3)	€ 26,23	€ 30,17

mind. 2 ml Serum im Versandröhrchen einschicken

Patienten-Vereinbarung

Hiermit erkläre ich meine Einwilligung zu der veranlassten Untersuchung.

Die Liquidation dieser Leistung erfolgt auf der Grundlage der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ).

Die Abrechnung der durchgeführten Leistungen erfolgt durch Prof. Dr. med. M. Kramer.

Ort/Datum

Unterschrift Patient/in