

# PRIVAT

## Labor Schottdorf MVZ GmbH

## Orthomolekulare Medizin

Labor Schottdorf MVZ GmbH  
MVZ Labor Bochum MLB GmbH  
Labor Hamburg-Lübeck MVZ GmbH

Labor Hannover MVZ GmbH  
Labor Mainz MVZ GmbH  
Labor an der Salzbrücke MVZ GmbH

Name, Vorname, Anschrift des Patienten

geb. am

Hier bitte Arzt/Patientenbarcode aufbringen



Tagesnummernbarcode



Rechnungsstellung an:

Patient  \*Einsender  BG  2-fach

Befund:

Abnahmedatum

Abnahmezeit

T T M M J J h h m m

\*nur für Studien, arbeitsmedizinische Untersuchungen und Gutachten

zusätzliche Angaben

Diagnose / Verdachtsdiagnose

Arztstempel und Unterschrift überw. Arzt

### Mikronährstoff-Profil OM - Screen (OMSC)

Material: 1 Serum, 1 Serum gefroren, 1 EDTA-Blut, 1 NaF-Blut

- |  |      |                |
|--|------|----------------|
| <input type="checkbox"/> hsCRP                   | CRPS | Serum          |
| <input type="checkbox"/> Magnesium im Blut       | MAGV | EDTA-Blut      |
| <input type="checkbox"/> Zink im Blut            | ZINV | EDTA-Blut      |
| <input type="checkbox"/> Selen im Blut           | SELV | EDTA-Blut      |
| <input type="checkbox"/> Calcium im Blut         | CALV | EDTA-Blut      |
| <input type="checkbox"/> Kupfer im Blut          | KUPV | EDTA-Blut      |
| <input type="checkbox"/> Ferritin                | FERR | Serum          |
| <input type="checkbox"/> Vitamin D (25-OH)       | VITD | Serum          |
| <input type="checkbox"/> Vitamin B12             | VI12 | Serum          |
| <input type="checkbox"/> Homocystein             | HOME | NaF-Blut       |
| <input type="checkbox"/> Antioxidative Kapazität | FRRA | Serum gefroren |

### Zusätzliche Untersuchungen:

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

### OM - Oxidativer Stress (OMOX)

Material: 1 Serum, 1 Serum gefroren, 1 EDTA-Blut, 1 EDTA-Blut gefroren

- |  |        |                    |
|--|--------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> Glucose-6-P-Dehydrogenase | G6PD   | EDTA-Blut          |
| <input type="checkbox"/> Superoxiddismutase        | SUOX   | EDTA-Blut          |
| <input type="checkbox"/> Vitamin C                 | VITC   | Serum gefroren     |
| <input type="checkbox"/> Vitamin E                 | VITE   | Serum              |
| <input type="checkbox"/> oxidiertes LDL            | OXLD   | Serum gefroren     |
| <input type="checkbox"/> Malondialdehyd            | MALO   | Serum gefroren     |
| <input type="checkbox"/> LDL-Subfraktionen         | LIPOPR | Serum              |
| <input type="checkbox"/> Glutathion                | GLUB   | EDTA-Blut gefroren |

### OM - Extra (OMEX)

Material: 1 Serum, 1 Serum gefr.+lichtgesch., 2 EDTA-Blut

- |  |       |                           |
|--|-------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> Vitamin B1                    | VIB1  | EDTA-Blut                 |
| <input type="checkbox"/> Vitamin B2                    | VIB2  | EDTA-Blut                 |
| <input type="checkbox"/> Vitamin B3                    | NICO  | Serum                     |
| <input type="checkbox"/> Vitamin B6                    | VIB6  | EDTA-Blut                 |
| <input type="checkbox"/> Vitamin K1/K2                 | K1K2  | Serum gefr. + lichtgesch. |
| <input type="checkbox"/> Folsäure                      | FOLS  | Serum                     |
| <input type="checkbox"/> Carnitin frei i. Serum        | CARN  | Serum gefr.               |
| <input type="checkbox"/> Coenzym Q10                   | CQ10  | Serum                     |
| <input type="checkbox"/> Aminosäuren                   | AMSQ  | Serum                     |
| <input type="checkbox"/> Omega 3/6-Fettsäuren          | OM36  | Serum                     |
| <input type="checkbox"/> Omega 3-Index im Erythrozyten | O3ERY | EDTA-Blut                 |

Die angeforderten Laborleistungen werden in einem Labor-MVZ durch die dort angestellten Ärzte erbracht. Ich willige in die hiermit verbundene Erhebung, Verarbeitung, Nutzung und Übermittlung der für die Erbringung der Leistung erforderlichen personenbezogenen Daten ein. Ich willige ein, dass mit den entsprechenden Untersuchungen befassende Ärzte diese Daten zum Zwecke der gemeinsamen Befunderstellung, Befundauswertung sowie konsiliarischen Verständigung verwenden. Die Einwilligung bezieht sich auch auf die evtl. erforderliche Weiterüberweisung einzelner Laborleistungen.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_