

HEILPRAKTIKER LABORAUFTRAG

CTL-Therapeutennummer

Bitte ausfüllen, falls Nummer bekannt.

Barcode/Labornummer
(wird von CTL angebracht)

Praxisstempel

Patientendaten

Name * geb. am *

Vorname *

Straße, Hausnr. *

Land, PLZ, Ort *

Datum

Abnahmedatum

Abnahmezeit

Körpergewicht (kg)

Körpergröße (cm)

Postmenopause ja nein

Frau * privat versichert *

Mann * gesetzlich versichert *

Tel. Patient/in:

Name und Anschrift des Erziehungsberechtigten bei minderjährigen Patienten oder geänderte Rechnungsanschrift, falls abweichend, von obiger Adresse:

Name, Vorname:

Straße, Hausnr.:

PLZ, Ort:

Für laborinterne Bemerkungen

Bitte füllen Sie diesen Laborauftrag vollständig aus und senden ihn gemeinsam mit den beschrifteten Proben im adressierten Versandkarton an das CTL-Labor.
Mit einem * gekennzeichnete Felder sind Pflichtangaben. Ohne Unterschriften keine Abarbeitung. Bitte markieren Sie die Felder mit schwarzem Stift, wie hier dargestellt:

LABORLEISTUNGEN

	Material	Preis
<input type="checkbox"/> ImuPro Complete 270 Nahrungsmittel-Allergene inkl. persönlichen Ernährungsempfehlungen und befundbasiertem individuellen Rezeptbuch	S	355,68 €
<input type="checkbox"/> ImuPro Complete + Histamin-Intoleranz DAO 270 Nahrungsmittel-Allergene inkl. persönlichen Ernährungsempfehlungen und befundbasiertem individuellen Rezeptbuch	S	387,86 €
<input type="checkbox"/> ImuPro Basic+ 180 Nahrungsmittel-Allergene inkl. persönlichen Ernährungsempfehlungen und befundbasiertem individuellen Rezeptbuch	S	278,04 €
<input type="checkbox"/> ImuPro Basic 90 Nahrungsmittel-Allergene (Grundnahrungsmittel), inkl. persönlichen Ernährungsempfehlungen	S	145,70 €
<input type="checkbox"/> ImuPro Vegi+ 90 Nahrungsmittel-Allergene (mit Superfoods) bei vegetarischer Ernährung, inkl. persönlichen Ernährungsempfehlungen, Upgrade nicht möglich	S	145,70 €
<input type="checkbox"/> ImuPro Screen 22 Nahrungsmittel-Allergene (Einzelauswertung), nur Kurzergebnisse für praxiseigene Ernährungskonzepte, Upgrade nicht möglich	S	59,80 €
<input type="checkbox"/> ImuPro Starter 22 Nahrungsmittel-Allergene, Vortest zur kostengünstigen Abklärung, keine Einzelauswertung (Darstellung in 3 Gruppen)	S	39,88 €
<input type="checkbox"/> ImuPro Starter/ Complete 22 Nahrungsmittel-Allergene keine Einzelauswertung und anschließend direkte Durchführung von ImuPro Complete, falls ImuPro Starter positiv	S	355,68 €
Upgrades ImuPro		
<input type="checkbox"/> ImuPro Basic auf ImuPro Complete Upgrade von 90 auf 270 Nahrungsmittel-Allergene vom durchgeführten ImuPro Basic auf ImuPro Complete, inkl. befundbasiertem individuellen Rezeptbuch, aus der gleichen Blutprobe innerhalb von 2 Monaten nach Erstbefundung	S	209,84 €
Einzelparameter inkl. ausführlicher Befundunterlagen		
<input type="checkbox"/> Histamin-Intoleranz-Test Bluttest auf DAO-Konzentration	S	50,28 €
<input type="checkbox"/> Melatonin abends, nachts	SV	87,44 €
<input type="checkbox"/> Vitamin D	S	32,18 €

	Material	Preis
Stressdiagnostik , jeweils inkl. individueller Befundinterpretation		
<input type="checkbox"/> NeuroSpot Basis Serotonin, Dopamin, Adrenalin, Noradrenalin, Cortisol, DHEA, Kreatinin	SV+U	168,44 €
<input type="checkbox"/> NeuroSpot Plus NeuroSpot Basis sowie GABA und Glutamat	SV+U	224,40 €
<input type="checkbox"/> Katecholamine + Serotonin Dopamin, Adrenalin, Noradrenalin, Serotonin	U	81,60 €
<input type="checkbox"/> Cortisol Tagesprofil tageszeitlicher Verlauf (morgens, mittags, abends)	SV	43,71 €
<input type="checkbox"/> Cortisol Tagesprofil + DHEA wie Cortisol Tagesprofil + DHEA (morgens + abends)	SV	84,51 €
Hormone aus Speichel (freie Fraktion) inkl. ausführlicher Befundunterlagen		
<input type="checkbox"/> Profil 1 Testosteron, Progesteron, Estradiol (E2)	SC	61,20 €
<input type="checkbox"/> Profil 2 Testosteron, Progesteron, Estradiol (E2) + Estriol (E3)	SC	75,77 €
<input type="checkbox"/> Profil 3 Testosteron, Progesteron, Estradiol (E2) + DHEA	SC	81,60 €
<input type="checkbox"/> Profil 4 Testosteron, Progesteron, Estradiol (E2) + Estriol (E3) + DHEA	SC	96,17 €
Stuhlanalytik, molekulargenetisch inkl. individuellem Befund		
<input type="checkbox"/> Gut Balance Bacteroides-Firmicutes-Ratio	ST	134,07 €
<input type="checkbox"/> Akkermansia muciniphila	ST	99,09 €
<input type="checkbox"/> Faecalibacterium prausnitzii	ST	99,09 €
<input type="checkbox"/> Gut Balance + Akkermansia + Faecalibacterium	ST	174,29 €

THERAPEUTENLEISTUNGEN

Leistungen des Heilpraktikers gemäß Gebüh	Gebüh	Gebührenrahmen bis maximal
<input type="checkbox"/> Eingehende Untersuchung	1	20,50 €
<input type="checkbox"/> Vollständiges Krankenexamen	2	41,00 €
<input type="checkbox"/> Eingehende Beratung	4	22,00 €
<input type="checkbox"/> Beratung, auch telefonisch	5	20,50 €
<input type="checkbox"/> Befundbericht	11.2A	20,50 €
<input type="checkbox"/> Diätplan	11.3	26,00 €
<input type="checkbox"/> Blutentnahme	26.1	3,60 €

Kombimodelle	Gebüh	Gebührenrahmen bis maximal
<input type="checkbox"/> Eingehende Beratung + Diätplan	4+11.3	48,00 €
<input type="checkbox"/> Eingehende Untersuchung + Eingehende Beratung + Blutentnahme	1+4+26.1	46,10 €
<input type="checkbox"/> Vollständiges Krankenexamen + Beratung, auch telefonisch + Blutentnahme	2+5+26.1	65,10 €

Tag der Probenentnahme = Leistungszeitraum

Bitte Rückseite unterschreiben
(1 x Therapeut und 2 x Patient)!



ANAMNESE DURCH DEN BEHANDELNDEN THERAPEUTEN – BITTE BEANTWORTEN SIE FOLGENDE FRAGEN:

1.a Leidet der Patient an einer der folgenden Erkrankungen?

<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Akne	<input type="checkbox"/> Chr. Kopfschmerz	<input type="checkbox"/> CFS Chr. Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Fibromyalgie	<input type="checkbox"/> Hypertonie
<input type="checkbox"/> Migräne	<input type="checkbox"/> Morbus Crohn	<input type="checkbox"/> Neurodermitis	<input type="checkbox"/> Parkinson	<input type="checkbox"/> Psoriasis		

1.b Zutreffende Symptome. Diese Angaben werden auch für statistische Zwecke verwendet, vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben.

Kopf:	<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> Schwindel				
Haut:	<input type="checkbox"/> Rötungen	<input type="checkbox"/> trocken	<input type="checkbox"/> Juckreiz			
Herz:	<input type="checkbox"/> Rasen	<input type="checkbox"/> Beklemmungsgefühl				
Skelett:	<input type="checkbox"/> Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/> Muskelschmerzen	<input type="checkbox"/> Gelenkschmerzen	<input type="checkbox"/> Taubheitsgefühl		
Magen/Darm:	<input type="checkbox"/> Übelkeit	<input type="checkbox"/> Völlegefühl	<input type="checkbox"/> Blähungen	<input type="checkbox"/> Aufstoßen	<input type="checkbox"/> Durchfall	<input type="checkbox"/> Verstopfung
Psyche:	<input type="checkbox"/> Erschöpfung	<input type="checkbox"/> Depressionen	<input type="checkbox"/> Angstzustände	<input type="checkbox"/> Gefühlsschwankungen		
	<input type="checkbox"/> Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> Aggressionen	<input type="checkbox"/> Hyperaktivität	<input type="checkbox"/> Konzentrationsschwäche		

2. Welche Medikamente nimmt der Patient zur Zeit ein? (Angaben unbedingt erforderlich für NeuroSpot-Anforderungen)

<input type="checkbox"/> SSRI/ NaSSA	<input type="checkbox"/> MAO-Hemmer	<input type="checkbox"/> ACE-Hemmer	<input type="checkbox"/> β-Blocker	<input type="checkbox"/> DHEA	<input type="checkbox"/> Cortison	<input type="checkbox"/> Mucuna pruriens
<input type="checkbox"/> L-Phenylalanin	<input type="checkbox"/> L-Dopa	<input type="checkbox"/> Dopamin-Agonisten	<input type="checkbox"/> NEUROtonin	<input type="checkbox"/> NEUROadapt	<input type="checkbox"/> NEUROaktiv	<input type="checkbox"/> 5-HTP
<input type="checkbox"/> L-Tryptophan	<input type="checkbox"/> L-Tyrosin					

3. Muss eine bestimmte Diät (z. B. Laktoseintoleranz) berücksichtigt werden? nein ja Wenn ja, welche?

4. Ernährt sich der Patient vegetarisch? nein ja

5. Kennt der Patient Lebensmittel, die nach dem Verzehr eine sofortige allergische Reaktion oder eine Unverträglichkeit bei ihm auslösen? nein ja Wenn ja, welche?

BEAUFTRAGUNG DER LEISTUNGEN

Die Laborleistungen werden zwischen dem Patienten und CTL vereinbart, die therapeutischen Leistungen werden zwischen dem Patienten und dem Therapeuten vereinbart. Der Auftrag für die Laborleistungen wird von dem Therapeuten an CTL übermittelt. Für die Vergütung wird die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) jeweils berücksichtigt. Im Falle der therapeutischen Leistungen sind die angegebenen Preise nur unverbindliche Hinweise zu den voraussichtlichen Kosten. Die Abrechnung erfolgt direkt gegenüber dem Patienten unabhängig von dessen Kostenerstattungsanspruch gegenüber Dritten.

Wenn Sie die Kosten für die **Laborleistungen in Raten** bezahlen möchten, setzen Sie sich bitte nach Erhalt der Rechnung mit der **privatärztlichen Verrechnungsstelle** in Verbindung.

ABRECHNUNGSERMÄCHTIGUNG FÜR THERAPEUTENLEISTUNGEN

CTL bietet dem Therapeuten ohne Verpflichtung hierzu an, die Abrechnungsdaten für die Therapeutenleistungen im Zusammenhang mit den Laborleistungen an die Abrechnungsstelle (Franke-Wathlingen GmbH, Schulstraße 23, 29339 Wathlingen) zu übersenden, wenn die untenstehende Einwilligung vom Patienten unterzeichnet und CTL im Original übersandt wird. Die Übermittlung der Daten an die Abrechnungsstelle erfolgt zur Veranlassung der Abrechnung der Therapeutenleistungen gegenüber dem Patienten durch die Abrechnungsstelle namens oder aufgrund Ermächtigung des Therapeuten. Für die Abrechnung der Therapeutenleistungen werden die umseitig übermittelten Abrechnungsdaten zugrunde gelegt. Maßgeblich für die Abrechnung der Abrechnungsstelle bleiben alleine die Vereinbarungen zwischen der Abrechnungsstelle und dem Therapeuten. Eine Haftung von CTL für die Abrechnungsfähigkeit und Einziehungsfähigkeit gegenüber dem Patienten wird – mit Ausnahme einer Haftung für vorsätzliche oder grob fahrlässige Pflichtverletzung – nicht übernommen. Mit Ausnahme einer einmaligen Übermittlung der Abrechnungsdaten obliegen alle weiteren Maßnahmen zur Sicherung und Erreichung einer Abrechnung dem Therapeuten. Hiermit stimmt der Therapeut der Abrechnung seiner Leistungen nach den vorgenannten Bedingungen zu. Mit der Beauftragung wird versichert, dass die umseitig gekennzeichneten Therapeutenleistungen im Zusammenhang mit den Laborleistungen erbracht wurden und die Abrechnungsvoraussetzungen vorliegen.

_____,
(Ort) den, _____
(Datum) X _____
(Unterschrift Therapeut)

BEDINGUNGEN AUFTRÄGE UND KOSTENERSTATTUNG

Hiermit beauftragt der Patient CTL verbindlich mit den umseitig gekennzeichneten Laborleistungen und den Therapeuten hinsichtlich der umseitig gekennzeichneten therapeutischen Leistungen. Der Auftrag bezüglich der Laborleistungen wird durch den Therapeuten übermittelt und durch die Abarbeitung von CTL angenommen, der Patient verzichtet auf den Zugang einer Annahmeerklärung. CTL ist berechtigt, die Laborleistungen von Dritten in Teilen oder in Gänze zu beziehen. Für die Aufträge gelten folgende Bedingungen:

- Vergütung: Für die Vergütung der Laborleistungen sind ausschließlich die auf der Vorderseite genannten Festpreise verbindlich. Die Therapeutenleistungen werden gemäß der Gebührenordnung für Heilpraktiker (GebÜH) abgerechnet.
- Abrechnung: Die Abrechnung der Leistungen erfolgt durch CTL für die Laborleistungen bzw. durch den Therapeuten für die therapeutischen Leistungen unmittelbar dem Patienten gegenüber oder bei Vorliegen unten stehender Einwilligung des Patienten durch die Abrechnungsstelle Franke-Wathlingen GmbH, Schulstraße 23, 29339 Wathlingen.

Der Patient stimmt hiermit der Beauftragung von CTL und des Therapeuten gemäß der vorgenannten Bedingungen zu. Dem Patienten ist bekannt, dass er zur Vergütung der Laborleistungen und therapeutischen Leistungen auch dann verpflichtet ist, wenn die Kosten von Dritten nicht erstattet werden oder keine sonstigen Ansprüche gegen Dritte auf Übernahme der Kosten bestehen. Gesetzliche Kassen übernehmen die Kosten in der Regel nicht; auch im Übrigen obliegt es dem Patienten, die Kostenerstattung oder die Kostenübernahme mit seinen Kostenträgern zu klären. Sofern die unten stehende Patienteneinwilligung zur Datenweitergabe ebenfalls unterzeichnet wird, stimmt der Patient auch der Abrechnung der Leistungen durch die oben genannte Abrechnungsstelle zu.

_____,
(Ort) den, _____
(Datum) X _____
(Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter)

PATIENTENEINWILLIGUNG IN DIE ERHEBUNG UND VERWENDUNG PERSONENBEZOGENER DATEN SOWIE SCHWEIGEPFLICHTENBINDUNG FÜR LABORLEISTUNGEN UND THERAPEUTENLEISTUNGEN

Der Patient hat CTL zur Durchführung von Laborleistungen bzw. den Therapeuten mit damit im Zusammenhang stehenden Therapeutenleistungen beauftragt. Für die Durchführung und Abrechnung der Laborleistungen einschließlich der damit in Zusammenhang stehenden Therapeutenleistungen müssen personenbezogene Daten erhoben, verarbeitet und genutzt werden. Dies schließt ggf. Daten über die Gesundheit ein, für die besondere Datenschutzanforderungen bestehen, die strafrechtlich geschützt sind und der Schweigepflicht unterliegen. Dies betrifft folgende Daten und Zwecke:

- Erhebung, Verarbeitung und Nutzung des Patientennamens, der Patientenadresse und Gesundheitsdaten des Patienten im erforderlichen Umfang für die Durchführung des Laborauftrages durch CTL.
- Übermittlung des Laborbefundes von CTL an den Therapeuten zur Berücksichtigung der Befundergebnisse bei der weiteren Behandlung.
- Übermittlung von Patientenname, Patientenadresse, Laborleistungen sowie Therapeutenleistungen im Zusammenhang mit den Laborleistungen zum Zwecke der Abrechnung und der Einziehung der Vergütungen.

Dies schließt die Übermittlung ggf. hierfür erforderlicher Gesundheitsdaten ein. Hierzu werden diese Daten vom Therapeuten an CTL und von CTL an die Abrechnungsstelle (Franke-Wathlingen GmbH, Schulstraße 23, 29339 Wathlingen) weitergegeben.

Die nachfolgend erklärte Einwilligung kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

In Kenntnis der Information zur Einwilligung zur Datenverwendung sowie der Widerrufsmöglichkeit willigt der Unterzeichner in die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der vorbestimmten Daten zu den vorbestimmten Zwecken durch die vorbestimmten Beteiligten ein. Von der Schweigepflicht wird mit der Unterzeichnung ausdrücklich entbunden, soweit dies für die vorbestimmten Zwecke erforderlich ist.

_____,
(Ort) den, _____
(Datum) X _____
(Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter)

Wichtig: Gesetzgebung verlangt zwei Patientenunterschriften.