

Bitte in Druckbuchstaben eintragen

Patientendaten

Name * geb. am *

Vorname *

Straße, Hausnr. *

Land, PLZ, Ort *

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

CTL CTL & Ortholabor GmbH
Labordiagnostik

Fachärztliche Leitung: Uwe David, Allergologe

Anemonenweg 3a, 26160 Bad Zwischenahn
Postfach 11 63, 26146 Bad Zwischenahn

Tel. 04403 62605-0, Fax 04403 62605-25
E-Mail info@ctl-labor.de

Barcode/Labornummer
(wird von CTL angebracht)

**ARZT
LABORAUFTRAG**

CTL-Therapeutennummer
Bitte ausfüllen, falls Nummer bekannt.

Praxisstempel

Abnahmedatum Abnahmezeit Körpergewicht (kg) Körpergröße (cm) Postmenopause

Frau * privat versichert * Befund an Pat. ja

Mann * gesetzlich versichert * nein

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	€
Nahrungsmittelallergie Typ III (IgG)				
<input type="checkbox"/>	ImuPro Complete	270 Nahrungsmittel-Antigene inkl. ausführlichem Befund, persönlichen Ernährungsempfehlungen und befundbasierten Rezeptideen	S	355,68
<input type="checkbox"/>	ImuPro Complete, Histamin-Intoleranz-Test DAO	Wie ImuPro Complete, zusätzlich Bestimmung der DAO-Konzentration.	S	387,86
<input type="checkbox"/>	ImuPro Basic Plus	180 Nahrungsmittel-Antigene inkl. ausführlichem Befund, persönlichen Ernährungsempfehlungen und befundbasierten Rezeptideen	S	278,04
<input type="checkbox"/>	ImuPro Basic	90 Nahrungsmittel-Antigene, Grundnahrungsmittel, inkl. persönlichen Ernährungsempfehlungen	S	145,70
<input type="checkbox"/>	ImuPro Vegi Plus	221 Nahrungsmittel-Antigene, vegetarisch, inkl. persönlichen Ernährungsempfehlungen und befundbasierten Rezeptideen	S	291,44
<input type="checkbox"/>	ImuPro Vegi	90 Nahrungsmittel-Antigene, vegetarisch (mit Superfoods), inkl. persönlichen Ernährungsempfehlungen, Upgrade nicht möglich	S	145,70
<input type="checkbox"/>	ImuPro Screen Plus	44 Nahrungsmittel-Antigene, Upgrade nicht möglich	S	87,42
<input type="checkbox"/>	ImuPro Screen	22 Nahrungsmittel-Antigene, (Einzelauswertung) Upgrade nicht möglich	S	59,80
<input type="checkbox"/>	ImuPro Starter	22 Nahrungsmittel-Antigene, Vortest zur kostengünstigen Abklärung, keine Einzelauswertung (Darstellung in 3 Gruppen)	S	39,88
<input type="checkbox"/>	ImuPro Starter / Complete	22 Nahrungsmittel-Antigene, dargestellt in 3 Gruppen und anschließende Durchführung von ImuPro Complete , falls ImuPro Starter positiv. Inkl. siehe: ImuPro Complete. (Falls Ergebnis negativ, werden 39,88 € berechnet / gesonderte Rechnung)	S	355,68
<input type="checkbox"/>	Upgrade ImuPro Basic → ImuPro Complete	Upgrade von 90 auf 270 Nahrungsmittel-Antigene. Inkl. Siehe: ImuPro Complete. Innerhalb von 4 Wochen nach Erstbefundung möglich.	S	209,84

Stressdiagnostik, jeweils inkl. ausführlicher Befundunterlagen		Material	€
<input type="checkbox"/>	NeuroSpot Basic Serotonin, Dopamin, Adrenalin, Noradrenalin, Kreatinin, Cortisol Tagesprofil, DHEA (morgens, abends)	SV+U	168,44
<input type="checkbox"/>	NeuroSpot Plus NeuroSpot Basis + GABA + 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

Stuhlanalytik, Entzündungsparameter inkl. ausführlicher Befundunterlagen		
<input type="checkbox"/>	Calprotectin	ST 16,76
<input type="checkbox"/>	Calprotectin, α1-Antitrypsin	ST 28,82
<input type="checkbox"/>	Zonulin	ST 43,72
Stuhlanalytik, molekulargenetisch inkl. ausführlicher Befundunterlagen		
<input type="checkbox"/>	Akkermansia muciniphila, Faecalibacterium prausnitzii	ST 81,60
<input type="checkbox"/>	Gut Balance, Akkermansia, Faecalibacterium	ST 134,07

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

Einzelparameter inkl. ausführlicher Befundunterlagen			
<input type="checkbox"/>	Histamin-Intoleranz-Test DAO Bestimmung der DAO-Konzentration	S	50,28
<input type="checkbox"/>	Histamin-Intoleranz-Test THAK Bestimmung der totalen Histamin-Abbaupkapazität	S	87,44
<input type="checkbox"/>	Vitamin D (25-OH)	S	32,18

Material: S = Serum KP = Kapillarblut SV = Speichel Salivette SC = Speichel Cups (mit Strohhalm) U = Urin (Trockenurin) ST = Stuhl

ÄRZTLICHE LEISTUNGEN				
BLOCK 1 und voraussichtliche Kosten gemäß GOÄ				
** Nicht in Verbindung mit GOÄ Nr. 1. *** Nicht in Verbindung mit GOÄ Nr. 1,5,8				
	Ziffer	Faktor	€	
<input type="checkbox"/>	Beratung	1	2,3	10,72
<input type="checkbox"/>	Erhebung Ganzkörperstatus	8	2,3	34,85
<input type="checkbox"/>	Befundbericht	75	2,3	17,43
<input type="checkbox"/>	Schriftlicher Diätplan	76	2,3	9,38
<input type="checkbox"/>	Gesundheitsuntersuchung zur Früherkennung	29***	2,3	59,00
<input type="checkbox"/>	Erhebung der Erstanamnese	30**	2,3	120,66
<input type="checkbox"/>	Diätberatung (mind. 20 Min.)	33**	2,3	40,23
<input type="checkbox"/>	Erörterung Auswirkung Krankheit (mind. 20 Min.)	34**	2,3	40,23
<input type="checkbox"/>	Blutentnahme	250	1,8	4,19
<input type="checkbox"/>	Blutsenkung	3501	1,15	4,03

BLOCK 2 und voraussichtliche Kosten gemäß GOÄ			
	Ziffer	Faktor	€
<input type="checkbox"/>	Eingehende Beratung	3	2,3 20,10
<input type="checkbox"/>	Symptombezogene Untersuchung	5	2,3 10,72

**Leistungen aus Block 1 und Block 2 können nicht kombiniert werden.
Tag der Probenentnahme = Leistungszeitraum. Außer 75, 76**

**Bitte Rückseite unterschreiben
(1 x Arzt und 2 x Patient)!**



Wichtig bei ImuPro Anforderungen:

Bitte nennen Sie maximal 3 Ausschlusskriterien und beachten Sie, dass sich mit jedem Ausschlusskriterium die Anzahl der verfügbaren Rezepte verringert.

Folgende Lebensmittel bitten wir Sie, aus therapeutischer Sicht und aufgrund der gestellten Diagnose und des Krankheitsbildes des Patienten, aus dem Lebensmittel- / Ernährungsplan zu streichen:

- | | | | |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> stark histaminhaltige Nahrungsmittel (HI) | <input type="checkbox"/> glutenhaltige Getreidesorten (GL) | <input type="checkbox"/> Meeresfrüchte (Schalen- & Krustentiere) (SK) | <input type="checkbox"/> Fisch (FI) |
| <input type="checkbox"/> laktosehaltige Nahrungsmittel (LA) | <input type="checkbox"/> fruktosehaltige Nahrungsmittel (FR) | <input type="checkbox"/> Nüsse (NU) | <input type="checkbox"/> Kohlsorten und weitere Kreuzblütler (KO) |
| <input type="checkbox"/> alle nicht vegetarischen Nahrungsmittel (VE) | <input type="checkbox"/> alle nicht veganen Nahrungsmittel (VN) | <input type="checkbox"/> Pilze (PI) | <input type="checkbox"/> Zitrusfrüchte (ZI) |
| <input type="checkbox"/> lektinhaltige Nahrungsmittel (LE) | <input type="checkbox"/> Hülsenfrüchte (HU) | <input type="checkbox"/> Steinobst (ST) | <input type="checkbox"/> sorbithaltige Nahrungsmittel (SO) |

Weitere: _____

Nachdrucke von Rezeptbüchern und Befunden sind kostenpflichtig und werden mit 12,00 € berechnet

Wichtig für NeuroSpot Anforderungen (bei Hormontest - Hormondiagnostik - eventuell Angaben zu Hormontherapie):

1.a Leidet der Patient an einer der folgenden Erkrankungen?							
<input type="checkbox"/> Akne	<input type="checkbox"/> CFS Chr. Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Fibromyalgie	<input type="checkbox"/> Hypertonie				
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"/> Chr. Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> Migräne				
Haut:	<input type="checkbox"/> Rötungen	<input type="checkbox"/> trocken	<input type="checkbox"/> Juckreiz				
Herz:	<input type="checkbox"/> Rasen	<input type="checkbox"/> Beklemmungsgefühl	<input type="checkbox"/>				
Skelett:	<input type="checkbox"/> Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/> Muskelschmerzen	<input type="checkbox"/> Gelenkschmerzen				
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	<input type="checkbox"/> Übergewicht
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 der Medikamente unbedingt erforderlich für NeuroSpot-Anforderungen)							
<input type="checkbox"/> SSRI/ NaSSA	<input type="checkbox"/> MAO-Hemmer	<input type="checkbox"/> DHEA	<input type="checkbox"/> Hydrocortison	<input type="checkbox"/> Mucuna pruriens	<input type="checkbox"/> L-Phenylalanin	<input type="checkbox"/> L-Dopa	
<input type="checkbox"/> 5-HTP	<input type="checkbox"/> L-Tryptophan	<input type="checkbox"/> L-Tyrosin	<input type="checkbox"/> Naturidentische Hormone:				

BEAUFTRAGUNG DER LEISTUNGEN

Die Laborleistungen werden zwischen dem Patienten und CTL vereinbart, die ärztlichen Leistungen werden zwischen dem Patienten und dem Arzt vereinbart. Der Auftrag für die Laborleistungen wird von dem Arzt an CTL übermittelt. Für die Vergütung wird die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) jeweils berücksichtigt. Im Falle der ärztlichen 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 ÄRZTLICHE LEISTUNGEN

CTL bietet dem Arzt ohne Verpflichtung hierzu an, die Abrechnungsdaten für die ärztlichen Leistungen 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 ärztlichen Leistungen gegenüber dem Patienten durch die Abrechnungsstelle namens oder aufgrund Ermächtigung des Arztes. Für die Abrechnung der ärztlichen Leistungen werden die umseitig übermittelten Abrechnungsdaten zugrunde gelegt. Maßgeblich für die Abrechnung der Abrechnungsstelle bleiben alleine die Vereinbarungen zwischen der Abrechnungsstelle und dem Arzt. 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 Arzt.

Hiermit stimmt der Arzt der Abrechnung seiner ärztlichen Leistungen nach den vorgenannten Bedingungen zu. Mit der Beauftragung wird versichert, dass die umseitig gekennzeichneten ärztlichen Leistungen im Zusammenhang mit den Laborleistungen erbracht wurden und die Abrechnungsvoraussetzungen vorliegen.

(Ort) _____ (Datum) _____ X
(Unterschrift Arzt)

BEDINGUNGEN AUFTRÄGE UND KOSTENERSTATTUNG

Hiermit beauftragt der Patient CTL verbindlich mit den umseitig gekennzeichneten Laborleistungen und den Arzt hinsichtlich der umseitig gekennzeichneten ärztlichen Leistungen. Der Auftrag bezüglich der Laborleistungen wird durch den Arzt 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 ärztlichen Leistungen werden gemäß der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abgerechnet.
- Abrechnung: Die Abrechnung der Leistungen erfolgt durch CTL für die Laborleistungen bzw. durch den Arzt für die ärztlichen 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 Arztes gemäß der vorgenannten Bedingungen zu. Dem Patienten ist bekannt, dass er zur Vergütung der Laborleistungen und ärztlichen 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) _____ (Datum) _____ X
(Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter)

PATIENTENEINWILLIGUNG IN DIE ERHEBUNG UND VERWENDUNG PERSONENBEZOGENER DATEN SOWIE SCHWEIGEPFLICHTENTBINDUNG FÜR LABORLEISTUNGEN UND ARZTLEISTUNGEN

Der Patient hat CTL zur Durchführung von Laborleistungen bzw. den Arzt mit damit im Zusammenhang stehenden ärztlichen Leistungen beauftragt. Für die Durchführung und Abrechnung der Laborleistungen einschließlich der damit in Zusammenhang stehenden ärztlichen Leistungen 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 Patientenamens, der Patientenadresse und Gesundheitsdaten des Patienten im erforderlichen Umfang für die Durchführung des Laborauftrages durch CTL.
- Übermittlung des Laborbefundes von CTL an den Arzt zur Berücksichtigung der Befundergebnisse bei der weiteren Behandlung.
- Übermittlung von Patientenname, Patientenadresse, Laborleistungen sowie ärztlichen Leistungen 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 Arzt 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) _____ (Datum) _____ X
(Unterschrift Patient/Erziehungsberechtigter)

Wichtig: Gesetzgebung verlangt zwei Patientenunterschriften.