

Bitte in Druckbuchstaben eintragen

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

HEILPRAKTIKER
LABORAUFTRAG

CTL-Therapeutennummer
Bitte ausfüllen, falls Nummer bekannt.

Barcode/Labornummer
(wird von CTL angebracht)

Praxisstempel

Abnahmedatum: T T M M
Abnahmezeit: h h m m
Körpergewicht (kg):
Körpergröße (cm):
Postmenopause: ja nein

Frau * privat versichert * Befund an Pat.
 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

Table with 3 columns: Item, Material, Preis. Includes categories like Nahrungsmittelallergie Typ III (IgG), Einzelparameter, and Upgrades.

Table with 3 columns: Item, Material, Preis. Includes categories like Stressdiagnostik, Hormone aus Speichel, Stuhlanalytik, and Stuhlanalytik, molekulargenetisch.

THERAPEUTENLEISTUNGEN

Table with 3 columns: Leistung, Ziffer, Gebührenrahmen bis maximal. Lists services like 'Eingehende Untersuchung' and 'Vollständiges Krankenexamen'.

Table with 3 columns: Kombimodelle, Ziffer, Gebührenrahmen bis maximal. Lists service packages like 'Eingehende Beratung, Diätplan'.

Tag der Probenentnahme = Leistungszeitraum

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

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



Wichtig bei ImuPro Anforderungen: Folgende Lebensmittel bitten wir Sie aus therapeutischer Sicht und aufgrund der gestellten Diagnose und des Krankheitsbildes des Patienten aus dem Lebensmittel- / Ernährungsplan zu streichen: **(Die Nachdrucke von Rezeptbüchern und Befunden sind kostenpflichtig)**

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <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"/> sorbitthaltige Nahrungsmittel (SO) |
- Weitere: _____

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

Wichtig für NeuroSpot Anforderungen:

1.a Leidet der Patient an einer der folgenden Erkrankungen?							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Akne	CFS Chr. Müdigkeit	Fibromyalgie	Hypertonie	Parkinson		
1.b Zutreffende Symptome. Diese Angaben werden auch für statistische Zwecke verwendet, vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben.							
Kopf:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	Kopfschmerzen	Chr. Kopfschmerzen	Migräne				
Haut:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	Rötungen	trocken	Juckreiz				
Herz:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	Rasen	Beklemmungsgefühl					
Skelett:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	Rückenschmerzen	Muskelschmerzen	Gelenkschmerzen				
Magen/Darm:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Übelkeit	Völlegefühl	Blähungen	Aufstoßen	Durchfall	Verstopfung	Übergewicht
Psyche:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	Erschöpfung	Depressionen	Angstzustände	Gefühlsschwankungen			
	Schlafstörungen	Aggressionen	Hyperaktivität	Konzentrationsschwäche			
2. Welche Medikamente nimmt der Patient zur Zeit ein? (Angaben unbedingt erforderlich für NeuroSpot-Anforderungen)							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	SSRI/ NaSSA	MAO-Hemmer	DHEA	Hydrocortison	Mucuna pruriens	L-Phenylalanin	L-Dopa
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
	5-HTP	L-Tryptophan	L-Tyrosin	Naturidentische Hormone:			

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.

X _____
 (Ort) (Datum) (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 in Anlehnung gemäß GOÄ 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.

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

PATIENTENEINWILLIGUNG IN DIE ERHEBUNG UND VERWENDUNG PERSONENBEZOGENER DATEN SOWIE SCHWEIGEPLICHTENTBINDUNG 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 Patientennamen, 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.

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

Wichtig: Gesetzgebung verlangt zwei Patientenunterschriften.