

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname und Adresse des Versicherten

geb. am

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

**Bitte Blockbuchstaben oder Adressaufkleber verwenden!  
KEINE HEFT- UND BÜROKLAMMERN ODER POST-IT'S ANFÜGEN!**

**Privatpatient**     männlich     \_ \_ . \_ \_ Uhr  
 **Selbstzahler**     weiblich    Probenentnahme-Uhrzeit

Befundkopie Praxis     \_ \_ | \_ \_ | \_ \_ | \_ \_ | \_ \_  
Probenentnahme-Datum

# ANFORDERUNGSBOGEN

Stand: April 2020  
Änderungen vorbehalten!

**CO<sub>1</sub>**

**biovis'**  
DIAGNOSTIK  
Biovis Diagnostik MVZ GmbH

**Dr. med. Burkhard Schütz**  
Wissenschaftliche Leitung

**Thomas Gugerel'**  
Ärztliche Leitung

**Dr. med. Herbert Schmidt'**

Justus-Staudt-Straße 2  
**65555 Limburg Offheim**  
Tel.: 0 64 31 / 21 248 - 0  
Fax: 0 64 31 / 21 248 - 66  
E-mail: [info@biovis.de](mailto:info@biovis.de)  
Web: [www.biovis.de](http://www.biovis.de)

'Facharzt für Laboratoriumsmedizin

Barcode

Praxisstempel

## Anforderungsbogen COVID-19

### SARS-CoV-2: Nachweis einer akuten oder zurückliegenden Infektion

- K345 SARS-CoV-2-qPCR** Nasen-Rachen-Abstrich  
Erreger-Direktnachweis (Nachweis früher Infektionen, 1. - 5. Tag)
- K341 SARS-CoV-2-Antikörpernachweis:** S  
IgM-AK (Median 5 Tage n. Symptombeginn, IQR 3 - 6 Tage)  
IgG-AK (Median 14 Tage n. Symptombeginn, IQR 10 - 18 Tage, vorhandene Immunisierung)

### Präventive Diagnostik

- D890 Elispot Virenabwehr** EXP 3CPDA/ACDB  
Virenabwehr:  
Beurteilung der Funktionsfähigkeit des adaptiven Immunsystems

#### Orthomolekulare Schutzfaktoren

- 0360 Melatonin** T923
- E530 Vitamin C** Hep
- E540 25 OH Vitamin D3** S
- Ergänzende Faktoren**
- E345 Zink, Selen, Vitamin A, Vitamin B6, Coenzym Q10** EDTA, Hep, S
- E230 Glutathionstoffwechsel (GSH, GSSG)** EXP CPDA/ACDB

#### Darmschleimhautimmunität, -barriere,

- A341 Sekretorisches IgA,  $\beta$ -Densin 2,  $\alpha$ -1 Antitrypsin, Calprotectin, Zonulin** Fe
- A712A Mikrobiom Mini mit Bacteriocin- und Enterocin-produzierenden Bakterien (z.B. Bifidobakterien, Laktobazillen, Enterokokken)** Fe

#### Erklärung des Patienten:

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zu den veranlassten Untersuchungen. Ich bin über die Kosten informiert und auf das Recht zur ärztlichen Zweitmeinung hingewiesen worden.

- Ich bin privat versichert. Für die von mir in Anspruch genommenen Laborleistungen wünsche ich eine privatärztliche Laborrechnung durch biovis' Diagnostik MVZ nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Zzgl. zur Leistung wird ein Ersatz von Auslagen gemäß §10GOÄ (3) in Höhe von 5,60 € berechnet. Die Kostenübernahme durch die private Krankenversicherung richtet sich nach den jeweiligen Vertragsbedingungen und kann daher nicht immer gewährleistet werden.
- Als Mitglied der gesetzlichen Krankenkasse ist mir bekannt, dass es sich bei den von mir gewünschten Leistungen um Vorsorgeleistungen handelt, die nicht Bestandteil der ärztlichen Grundversorgung sind. Die Berechnung der Leistungen erfolgt auf der Basis der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Zzgl. zur Leistung wird ein Ersatz von Auslagen gemäß §10GOÄ (3) in Höhe von 5,60 € berechnet. **Gegenüber meiner Krankenkasse habe ich keinerlei Anspruch auf Kostenerstattung der einzelnen Leistungen.** Die Erbringung der labormedizinischen Untersuchungen erfolgt durch biovis' Diagnostik MVZ. **Meine Ärztin / mein Arzt hat mich darüber aufgeklärt.**

Ich bin einverstanden, dass Angaben zu meiner Person zur Leistungserbringung übermittelt werden (Name, Anschrift, Kostenträger, Versicherungsnummer, Geburtsdatum und Geschlecht, ggf. Angaben zu Körpergröße und -gewicht, Anamnese und Medikation), sofern für angeforderte Analysen notwendig. (Verordnung (EU) 2016/679 Art.6 Abs. 1 lit. B). Ich gebe diese Einwilligung freiwillig ab und kann sie jederzeit mit sofortiger Wirkung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen formlos widerrufen. Auch hierüber hat mich meine Ärztin/mein Arzt aufgeklärt.

✗ \_\_\_\_\_  
Ort, Datum

✗ \_\_\_\_\_  
Unterschrift (gesetzlicher Vertreter)

