

Kombi-Untersuchungen

Ich bin mit der vollen Kostenübernahme einverstanden; unabhängig davon welchen Betrag mir meine Krankenkasse erstattet. Alle angegebenen Preise enthalten 19 % MwSt.

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Rechnungsadresse:

Geschlecht: O w O m

Unterschrift

Bei allen Untersuchungen fallen zusätzlich Versand und Materialkosten in Höhe von 4,35 € an.

	Analyse	Kosten
<input type="radio"/>	Darmfloraanalyse <ul style="list-style-type: none">- pathogene Keime (Salmonellen, Shigellen, Yersinien, Campylobacter)- pyogene Keime (β-hämolyisierende <i>Streptokokken</i>, <i>Staphylococcus aureus</i>)- Nachweis von Hefen und Schimmelpilzen- Analyse der Zusammensetzung der Darmflora aerob/ anaerob- Nachweis von Parasiten & Wurmeiern- Beurteilung und Therapieempfehlung	162,94 €
<input type="radio"/>	Erweiterte Darmfloraanalyse <ul style="list-style-type: none">- Darmfloraanalyse wie oben beschrieben- Calprotectin- <i>Clostridium difficile</i> Toxin A&B- Beurteilung und Therapieempfehlung	199,13 €
<input type="radio"/>	Mikrobiomanalyse <ul style="list-style-type: none">- <i>Akkermansia muciniphila</i>- Bacteroides- Bifidobacterium- <i>Eubacterium rectale</i>- <i>Faecalibacterium prausnitzii</i>- SRB (sulphate reducing bacteria)- Beurteilung und Therapieempfehlung	204,41 €
<input type="radio"/>	ELISA (klinische Chemie) <ul style="list-style-type: none">- Alpha-1-Antitrypsin- Beta-Defensin 2- Hämoglobin- Hämoglobin/ Haptoglobin Komplex- <i>Helicobacter pylorii</i> (Antigen-Nachweis)- Pankreas-Elastase- Sekretorisches IgA- Beurteilung und Therapieempfehlung	145,45 €
<input type="radio"/>	Darmgesundheit <ul style="list-style-type: none">- Erweiterte Darmfloraanalyse- Mikrobiomanalyse- ELISA (klinische Chemie)- Beurteilung und Therapieempfehlung	543,34 €

Einzeluntersuchungen

Ich bin mit der vollen Kostenübernahme einverstanden; unabhängig davon welchen Betrag mir meine Krankenkasse erstattet. Alle angegebenen Preise enthalten 19 % MwSt.

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Rechnungsadresse: _____

Geschlecht: O w O m

Unterschrift _____

Bei allen Untersuchungen fallen zusätzlich Versand und Materialkosten in Höhe von 4,35 € an.

	Parameter	Kosten
<input type="checkbox"/>	Adeno-/Rotavirus	33,52 €
<input type="checkbox"/>	<i>Akkermansia muciniphila/ Faecalbacterium prausnitzii</i> (Darmwand-Barrierefunktion)	134,07 €
<input type="checkbox"/>	Alpha-1-Antitrypsin	12,06 €
<input type="checkbox"/>	Bacteroides/ Bifidobacterium/ <i>Eubacterium rectale</i>	154,18 €
<input type="checkbox"/>	Beta-Defensin	30,16 €
<input type="checkbox"/>	<i>Blastocystis hominis</i>	114,51 €
<input type="checkbox"/>	Calprotectin	19,43 €
<input type="checkbox"/>	Campylobacter Antigen Nachweis	16,76 €
<input type="checkbox"/>	<i>Clostridium difficile</i> Toxin A&B	40,32 €
<input type="checkbox"/>	EHEC/EPEC	60,34 €
<input type="checkbox"/>	Gallensäure	19,43 €
<input type="checkbox"/>	Hämoglobin	10,05 €
<input type="checkbox"/>	Hämoglobin/ Haptoglobin Komplex	24,13 €
<input type="checkbox"/>	<i>Helicobacter pylorii</i>	16,76 €
<input type="checkbox"/>	Histamin	50,28 €
<input type="checkbox"/>	Norovirus	16,76 €
<input type="checkbox"/>	Pankreas-Elastase	32,18 €
<input type="checkbox"/>	Parasiten-Antigen-Nachweis	50,27 €

Einzeluntersuchungen

Ich bin mit der vollen Kostenübernahme einverstanden; unabhängig davon welchen Betrag mir meine Krankenkasse erstattet. Alle angegebenen Preise enthalten 19 % MwSt.

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Rechnungsadresse:

Geschlecht: w m

Unterschrift

Bei allen Untersuchungen fallen zusätzlich Versand und Materialkosten in Höhe von 4,35 € an.

	Parameter	Kosten
<input type="radio"/>	sekretorisches IgA	20,11 €
<input type="radio"/>	SRB (sulfate reducing bacteria)	113,95 €
<input type="radio"/>	Wurmeier mikroskopisch	13,41 €
<input type="radio"/>	Zonulin	50,28 €