

RD Laboratorien GmbH  
Labor Prof. Geiger  
Postfach 11 64  
86907 Dießen a. A.

## GEWÜNSCHTE UNTERSUCHUNG

LABOR-UNTERSUCHUNG	MATERIAL	BETRAG IN €
<input type="radio"/> Reduziertes Glutathion intrazellulär	EDTA	35,00
<input type="radio"/> Selen	Hep	23,00
<input type="radio"/> Vitamin B <sub>6</sub>	Hep	43,00
<input type="radio"/> Vitamin B <sub>12</sub>	Hep	43,00
<input type="radio"/> Folsäure	Hep	25,00
<input type="radio"/> Vitamin C	Hep	20,00
<input type="radio"/> Vitamin D <sub>3</sub>	Hep	25,00
<input type="radio"/> Coenzym Q10	Hep	20,00
<input type="radio"/> Magnesium	Hep	5,00
<input type="radio"/> Zink	Hep	7,00
<input type="radio"/> Ferritin	Hep	22,00
<input type="radio"/> Transferrin	Hep	15,00
<input type="radio"/> pH	Hep	20,00
<input type="radio"/> LSA	Hep	35,00
<input type="radio"/> hs-CRP	Hep	15,66
<input type="radio"/> Homocystein	Hep oder EDTA	55,00
<input type="radio"/> ATP intrazellulär	EDTA	38,00
<input type="radio"/> Schwermetalle	Hep oder EDTA	je 28,00
<input type="radio"/> <input type="radio"/> Quecksilber (Hg)		
<input type="radio"/> <input type="radio"/> Blei (Pb)		
<input type="radio"/> <input type="radio"/> Aluminium (Al)		
<input type="radio"/> <input type="radio"/> Palladium (Pd)		
<input type="radio"/> <input type="radio"/> sonstige		
<input type="radio"/>		

Datum / Uhrzeit der Blutentnahme

## UNTERSUCHUNGS-AUFTRAG

### PRAXIS

Frau

Herr

Akad. Grad, Name, Vorname

Beruf, Fachrichtung

Telefon, Telefax

E-Mail

Straße

Postleitzahl, Ort

Datum, Unterschrift, Stempel

### PATIENT

Frau

Herr

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße

Postleitzahl, Ort

### RECHNUNG

an Praxis

an Patient

Erkrankung / Therapie

Sonstiges