

**Stempel Einsender/in:**

(Bitte **Patientendaten** hier aufdrucken)



# Anforderungsschein Labordiagnostik „Die Original Dr. med. Rimkus Methode®“

Am Weißen Haus 10 – 97772 Wildflecken  
Tel.: (09745) 91910 • Fax: (09745) 919191  
www.vitatest.de • info@vitatest.de

**Unterschrift Patient (Auftraggeber) ..... verpflichtend**

Der Auftraggeber ist einverstanden, dass persönliche Daten an die „Privatärztliche Verrechnungsstelle“ Südwest, Mannheim, zur Abrechnung weitergegeben und abgetreten werden.

**Selbstzahler**

**Privat versichert**

**CAVE:** Blutproben-Entnahme **strikt 2 Std. nach Kapsel-Einnahme!**

*Bei Frauen am **21. Zyklustag** (+/- 3 Tage)!*

**Datum der Blutentnahme:**

\_\_\_\_\_ (z.B. Datumsstempel)

*(Ungewünschtes bitte streichen)*

**Hormone Frau „Basis“**  
enthält Östradiol + Progesteron + FSH

**Hormone Frau „Option“**  
enthält Östradiol + Progesteron + FSH + Testosteron + Vitamin D25OH

.....  
 **Hormone Mann „Basis“**  
enthält Östradiol + Progesteron + Testosteron

**Hormone Mann „Option“**  
enthält Östradiol + Progesteron + Testosteron + PSA + Vitamin D25OH

**Gewünschte Zusatz-Analysen** *(bitte handschriftlich eintragen, Preis auf Anfrage)*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_