

Daten Patient/in	
Nachname	Vorname
Anschritt	
E-Mail-Adresse für Rechnungsversand	
Praxisstempel	
Praxis E-Mailadresse	

Geschlecht <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Divers <input type="checkbox"/> Männlich
Geburtsdatum TT MM JJJJ
Zahlart Patient/in-E-Mail-Adresse ist erforderlich! 1) <u>Wohnsitz Patient/in in Deutschland:</u> Versand der Rechnung an Patient/in. 2) <u>Wohnsitz Patient/in außerhalb Deutschlands:</u> <input type="checkbox"/> Kreditkartenabbuchung <input type="checkbox"/> (Kreditkarten Autorisierungsformular beifügen) <input type="checkbox"/> Rechnungsversand an Patient/in - (Vorkasse)
Datum Probenahme TT MM JJJJ

IGL Labor International Holding GmbH
Dorfstraße 15
D-25872 Wittbek
Tel.: +49 4845 791 640
E-Mail: info@igl-labor.de
Website: igl-labor.de
USt-ID: DE3466946437
Tax-ID: 15/292/35347
Amtsgericht Flensburg, HRB 16818 FL

Hinweis zum Probenversand
Bei Auswahl der Versandart auf Probeneingang innerhalb von 2 - 3 Tagen achten.
Mehr Informationen unter igl-labor.de/versand

Eingegangene Proben (wird von IGL ausgefüllt)
 EDTA

Auftragsbogen IGL Labor International

gültig ab Januar 2024

Fettsäuremessung

Messung von 25 Fettsäuren 220,00 € Erforderliche Blutmenge: 1x EDTA (4 ml)

Liste der 25 zu messenden Fettsäuren:

- | | |
|---|---|
| C16:0 Hexadecanoic acid | C20:3 (all-cis-8,11,14) Dihomo-γ-linolenic acid (Omega-6) |
| C16:1 (cis-9) Palmitoleic acid | C20:3 (all-cis-11,14,17) Eicosatrienoic acid |
| C17:0 Margaric acid | C20:4 (all-cis-5,8,11,14) Arachidonic acid (Omega-6) |
| C17:1 (cis-10) Heptadecenoic acid | C20:5 (all-cis-5,8,11,14,17) Eicosapentaenoic acid (EPA, Omega-3) |
| C18:0 Stearic acid | C22:0 Behenic acid |
| C18:1 (trans-9) Elaidic acid | C22:2 (all-cis-13,16) Docosadienoic acid (Omega-6) |
| C18:1 (cis-9) Oleic acid | C22:4 (all-cis-7,10,13,16) Adrenic acid (Omega-6) |
| C18:1 (cis-11) cis-Vaccenic acid | C22:5 (all-cis-4,7,10,13,16) Osbond acid (Omega-6) |
| C18:2 (all-trans-9,12) Linoelaidic acid | C22:5 (all-cis-7,10,13,16,19) Docosapentaenoic acid (DPA, Omega-3) |
| C18:2 (all-cis-9,12) Linoleic acid (Omega-6) | C22:6 (all-cis-4,7,10,13,16,19) Docosahexaenoic acid (DHA, Omega-3) |
| C18:3 (all-cis-6,9,12) gamma-Linolenic acid (Omega-6) | C23:0 Tricosylic acid |
| C18:3 (all-cis-9,12,15) alpha-Linolenic acid (ALA, Omega-3) | C24:0 Lignoceric acid |
| C20:0 Arachidic acid | |

Drei statistische Fragen an die Patientin / den Patienten:






Patient/in ist offensichtlich gesund. Ja Nein ⇔ Wenn nein, bitte benennen _____

Patient/in nimmt Lipidsenker ein. Ja Nein ⇔ Wenn ja, bitte benennen _____

Patient/in nimmt sonstige Medikamente ein. Ja Nein ⇔ Wenn ja, bitte benennen _____

Bitte beachten und unterschreiben!

Mit meiner Unterschrift bestätige ich mein Einverständnis für die beantragte Untersuchung. Ich möchte die gekennzeichneten Dienstleistungen der IGL Labor International Holding GmbH in Anspruch nehmen. Mein Arzt, Ärztin/Therapeut(in) hat mich über die Kosten für die gekennzeichneten Leistungen informiert. Die ausgewiesenen Preise verstehen sich zzgl. einer Befundungspauschale von € 7,70 pro Auftrag. Unsere Allgemeinen Geschäftsbedingungen (AGB) finden Sie unter igl-labor.de. Für die Zahlung per Kreditkarte (VISA, MasterCard) finden Sie das Kreditkarten-Autorisierungsformular auf igl-labor.de im Bereich Service -> Downloads. Mit meiner Unterschrift erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Ergebnisse zu Forschungszwecken anonymisiert weitergegeben werden dürfen. Ich nehme zur Kenntnis, dass die Proben spätestens 14 Tage nach Erhalt durch das Labor entsorgt werden. Als Mediziner bestätige ich hiermit, dass ich den Patienten über die in diesem Auftragsbogen ausgewählte(n) Untersuchung(en) informiert habe und alle Fragen des Patienten zur Zufriedenheit beantwortet wurden. Ich habe dem Patienten die Risiken, Vorteile und Alternativen der geplanten Untersuchung(en) erläutert.

 _____ Datum	 _____ Unterschrift Patient/in bzw. gesetzliche/r Vertreter/in (Bitte fügen Sie Geburtsdatum und Name der/des gesetzlichen Vertreterin/Vertreters in Blockbuchstaben hinzu)
 _____ Datum	 _____ Unterschrift behandelnde/r Ärztin/Arzt
	 _____ Name behandelnde/r Ärztin/Arzt in Blockbuchstaben

Hinweis: Befunde sind auf Englisch und werden über das IGL-Kundencenter nur an Ärztinnen/Ärzte versendet!