

IMUPRO ANFORDERUNGSFORMULAR

Label bitte hier kleben

PATIENT		VERSCHREIBENDER ARZT	
Nachname*	Vorname*	Nachname	Vorname
Geschlecht*	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	Straße/Nr.	
Geburtstag*		PLZ, Ort	
Größe*	Gewicht*	Land	
Straße/Nr.*		Tel.	E-Mail
PLZ, Ort*		Praxisstempel:	
Land*			
Tel.	E-Mail		
Gewünschte Befundsprache*: <input type="checkbox"/> FR <input type="checkbox"/> DE <input type="checkbox"/> EN			
*Angaben unbedingt notwendig			

ANGEFORDERTE ANALYSE	ERWEITERUNG
<input type="checkbox"/> ImuPro Screen	innerhalb von 3 Monaten ohne erneute Blutentnahme möglich.
<input type="checkbox"/> ImuPro Basic	<input type="checkbox"/> ImuPro Basic → ImuPro Basic Plus
<input type="checkbox"/> Imupro Basic Plus	<input type="checkbox"/> ImuPro Basic → ImuPro Complete
<input type="checkbox"/> Imupro Complete	<input type="checkbox"/> ImuPro Basic Plus → ImuPro Complete

Ihre Angaben werden vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben.
Es wird davon abgeraten einen ImuPro Test durchzuführen, falls Sie an einer monoklonalen Gammopathie leiden oder wenn Sie seit mehr als 4 Monaten mit Steroiden behandelt werden.

ZAHLUNGSART: Bar Scheck Bankkarte Überweisung

€ Datum

Eine Zahlungsquittung wird Ihnen per Post zugestellt.

Bei der Überweisung an Laboratoires Réunis bitte Ihren Namen und Ihr Geburtsdatum angeben.
IBAN: LU47 0024 1773 8544 9800 · BIC: BILLULL

Ich bestätige hiermit mein Einverständnis zur Durchführung eines ImuPro-Tests. (nicht erstattet durch die Krankenkasse)

Datum

Unterschrift des Patienten

(für nicht volljährige Personen, Unterschrift des gesetzlichen Vertreters und bitte zusätzlich den Namen in Blockschrift)



38, rue Hiehl · Z.A.C. Laangwiss · L-6131 Junglinster
Tel: +352 780 290-1 · Fax +352 788 894 · contact@labo.lu
www.labo.lu

LABORATOIRES RÉUNIS

LR100QK031_310117