

Die Zusatzleistungen im Überblick (keine Kassenleistungen)

25-(OH)-Vitamin D * **Kosten: 32,17 €**

Das Sonnenvitamin Vitamin D stärkt nicht nur Knochen und Zähne, es soll auch Krebs hemmen und das Risiko von Herz-Kreislauf-Erkrankungen verringern. Ausserdem gilt es als das Schlüsselhormon des Immunsystems.

Vitamin B12 * **Kosten: 16,76 €**

Folsäure * **Kosten: 16,76 €**

Vitamin B12 und Folat sind wichtig für die Blutbildung und die Bildung von Nervenzellen. Sie schützen vor Herz-Kreislauf-Erkrankungen, helfen bei der Regeneration der Schleimhäute und senken das Alzheimer-Risiko. Folsäure schützt zudem vor Fehlbildungen in der Schwangerschaft.

PSA **Kosten: 20,11 €**

Die einzige Früherkennungsuntersuchung für Prostatakrebs, die diesen Namen auch verdient. Der Tastbefund allein reicht nicht aus.

Infusionen je 10 Stück (auch einzeln buchbar)

Vitamin B12 **Kosten: 85,40 €**

B12 + Folsäure **Kosten: 97,70 €**

B12 + Folsäure + B6 **Kosten: 105,10 €**

Magnesium **Kosten: 2,68 €**

Blutentnahme **Kosten: 4,20 €**

Ausführlichere Informationen zu den Zusatzleistungen finden Sie auf unserer Internetseite:

www.mvz-wnd.de

Die Zusatzleistungen im Überblick (keine Kassenleistungen)

ScheBo 2 in 1 Quick-Test M2-PK + Hb Der Kombi-Stuhltest zur Darmkrebsvorsorge



Der ScheBo Test ist ein einfach und zuverlässig durchzuführender Kombi-Stuhltest zum parallelen Nachweis von M2-PK (M2-Pyruvatkinase) und Hämoglobin (Hb).
Probematerial: winzige Stuhlprobe

Enzym-Biomarker (M2-PK): 30,16 €
Immunologischer Blut-im-Stuhl Nachweis: 12,06 €
Gesamt: 42,22 €

Bitte kreuzen Sie die von Ihnen gewünschten Zusatzleistungen im dafür vorgesehenen Kästchen an und unterschreiben hier unten auf dem Flyer.

Ich wünsche, die von mir auf diesem Flyer angekreuzten Leistungen als individuelle Gesundheitsleistungen in Anspruch zu nehmen.

Ich bin darauf hingewiesen worden und mir ist bekannt, dass die hierfür entstehenden Kosten nach der Gebührenordnung der Ärzte (die ich in der Praxis einsehen kann) abgerechnet werden und die entstehenden Kosten nicht von meiner Krankenkasse übernommen werden.

Name

Geburtsdatum

Datum

Unterschrift