

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname und Anschrift des Versicherten

geb. am

Diagnose / Verdacht

Geschlecht

Datum der Durchführung

Uhrzeit (erstes Röhrchen)

☐

#### Auftragserteilung

Mit meiner Unterschrift erkläre ich mein Einverständnis zur Durchführung und Liquidation der gekennzeichneten Laboranalysen zu den Kostensätzen der GOÄ. Die Rechnung wird direkt vom Labor gestellt. Ich stimme der Übermittlung des Befundes an den Überwieser zu. Ich willige ein, dass meine Daten und Proben ggf. durch ein Versandlabor zu diagnostischen Zwecken gemäß DSGVO verarbeitet werden.

**Hinweis:** Laborleistungen sind gemäß § 4 UStG von der Umsatzsteuer (19 %) befreit, sofern sie durch einen Arzt, Zahnarzt oder eine heilberuflich tätige Person (z.B. Heilpraktiker, Physiotherapeuten) veranlasst werden. Der Nachweis wird durch die **Unterschrift** und den **Praxisstempel** des Überwiesers auf dem Anforderungsschein erbracht. Liegt dieser Nachweis zum Zeitpunkt der Beauftragung nicht vor, unterliegen die Laborkosten der Umsatzsteuerpflicht.

Datum

Unterschrift Patient / Patientin

Bei Minderjährigen ist der Name eines Erziehungsberechtigten zwingend erforderlich!

**Material:** AD = Set Atemgas SIBO, AL = Set Atemgas Laktoseintoleranz, AF = Set Atemgas Fruktosemalabsorption

Die Versendung der Abnahmesets für die Atemgastests (AD, AL, AF) erfolgt nach Bestellung durch den Patienten über den untenstehenden QR-Code direkt an den Patienten.

☐ **Befundkopie für Patienten im Online-Portal**

#### Atemgastests

€

☐ Dünndarmfehlbesiedlung (SIBO)  
H<sub>2</sub> / CH<sub>4</sub>

AD 109,94

☐ Laktoseintoleranz  
H<sub>2</sub> / CH<sub>4</sub>

AL 82,46

☐ Fruktosemalabsorption  
H<sub>2</sub> / CH<sub>4</sub>

AF 82,46

Bitte kreuzen Sie nur einen der drei Atemgastests an. Falls mehrere Atemgastests durchgeführt werden sollen, füllen Sie bitte für jeden Test einen eigenen Anforderungsschein aus.

Bitte legen Sie diesen Anforderungsschein den befüllten Röhrchen beim Rückversand bei. Fehlt der Anforderungsschein, ist eine Auswertung Ihres Tests nicht möglich.



Den Versand des Abnahmematerials für die Atemgastests übernimmt unser Partner reizdarmSOS.

Bitte nutzen Sie für die Materialbestellung den QR-Code oder [www.reizdarm-sos.de/imd](http://www.reizdarm-sos.de/imd)

Die Kosten für das Abnahmematerial sind in den Analysekosten bereits enthalten. Führen Sie den Test jedoch nicht innerhalb von 3 Monaten nach Bestellung durch, stellt Ihnen unser Partner reizdarmSOS die Materialkosten in Rechnung. Diese betragen 25,58 € für das SIBO-Testset (10 Röhrchen) bzw. 17,22 € für die Laktose- und Fruktose-Testsets (jeweils 5 Röhrchen).

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie diesen Hinweis zur Kenntnis genommen haben und sich damit einverstanden erklären.

Datum

Unterschrift



IMD Institut für Medizinische Diagnostik Berlin-Potsdam GbR  
IMD Berlin MVZ

Nicolaistraße 22, 12247 Berlin (Steglitz)  
Tel +49 30 77001-220, Fax -236

akkreditiert durch DAkkS nach DIN EN ISO 15189



## Atemgastests Selbstzahler



Bitte markieren Sie die Felder mit einem schwarzen oder blauen Strich!

Die Rechnungslegung erfolgt an den Patienten

FA4100 V01 · 07/2026

Barcode-Etikett  
einkleben,  
wenn vorhanden



Stempel / Unterschrift des Überwiesers



0069152600