



KREBSBERATUNG

Patient : _____ geb.: _____

Ankreuzformular erforderlicher Untersuchungen zur Erstellung eines kostenpflichtigen Kostenvoranschlages nach eingehender Beratung auf Wunsch des Patienten

Blutbild groß Blutbild klein Urinstatus Untersuchungsbefunde (Hausarzt / Klinik)

Die Durchführung dieser Untersuchungen kann aus Abrechnungstechnischen Gründen auch durch behandelnde Ärzte erfolgen .

- Immunstatus
- Status der Mineralien - und Spurenelementversorgung
- Fettsäurestatus
- Aminosäureprofil
- Schwermetall - Multielementanalyse
- Erfassung der Nahrungsunverträglichkeiten
- Keimanalyse Symbioselenkung
- Allergietest
- Zahn - , Mund- , Kieferstatus
- Struktur und Dynamik des Körpers (Knochen und Gewebesituation)
- Clustermedizin / Resonalogic
- Elektroakupunktur nach Voll
- Homöopathie
- Elektrosmog

Psychoonkologie

Photodynamische Therapie mit dem Farbstoff Chlorin e6 / Laser

- PDT Tumor
- PDT MRSA -Keime
- PDT Bakterien / Viren
- PDT Wundbehandlung

Erstellung eines Therapiekonzeptes

Eine Erstattung ist nicht gewährleistet ; auch kann seitens der Praxis auf das Erstattungsverhalten von Krankenkassen und Kostenträgern keine kostenfreie Unterstützung oder Berücksichtigung in der Leistungserstellung vorgenommen werden; da schulmedizinisch nicht anerkannte Verfahren in Therapie und Diagnostik Anwendung finden.

Der Versicherte / Zahlungspflichtige verpflichtet sich , die aufgeführten Kosten / Mehrkosten , die von der Krankenkasse / Versicherung nicht übernommen werden , selbst zu tragen.

Der Zahnarzt wird die Liquidation nach Beendigung der Behandlung entsprechend der Gebührenordnung für Zahnärzte erstellen.

Bielefeld,den

Unterschrift Patient / Zahlungspflichtiger

Unterschrift Dr. Wolfgang Stute