

Anforderungsschein für Laboruntersuchungen für Mitglieder der younion _ Die Daseinsgewerkschaft – Hauptgruppe II

Nachname:	
Vorname:	
Titel:	
Sozialversicherungsnummer:	
Geburtsdatum:	
E-Mailadresse:	
Telefonnummer:	
Straße:	
PLZ/Ort	
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich

Rechnungsempfänger: Wiener Gesundheitsverbund

Anforderungsschein nur gültig bei Vorlage einer Mitgliedsbestätigung bei der younion _ Die Daseinsgewerkschaft - Hauptgruppe II

Befund per Befundpost

Stempel und Unterschrift der örtlichen Gewerkschaftsvertretung

Datum: _____

Unterschrift: _____

Hinweise zur Eingabe:

Einsender: WKAVII

Kassa: WKAV

Bitte um Durchführung folgender Untersuchungen:

	NAME	KÜRZEL SYNLAB
<input type="checkbox"/>	Hepatitis-A-Antikörper	HAVAK
<input type="checkbox"/>	Hepatitis-B-Antikörper	HBSAK
<input type="checkbox"/>	FSME IgG Antikörper	FSMEG
<input type="checkbox"/>	Neutralisationstest FSME AK	NEUFSM
<input type="checkbox"/>	Rötel-IgG-Antikörper	RÖTEL
<input type="checkbox"/>	Varicella zoster IgG Impftiter	VAZOSG
<input type="checkbox"/>	MasernIgG-Antikörper	MASERG
<input type="checkbox"/>	Mumps - Antikörper	MUMPSK
<input type="checkbox"/>	Tetanus Ak	TETANU
<input type="checkbox"/>	Tollwut-AK (Rabies-AK)	TOLLWU
<input type="checkbox"/>	Covid 19 IGG AK (SARS-CoV-2 AK neutralisierend)	CORIGQ
<input type="checkbox"/>	Diphtherie AK	DIPHTE
<input type="checkbox"/>	BNP	BNP
<input type="checkbox"/>	Arteriosklerose	ASK
<input type="checkbox"/>	Gefahr im Gefäß	GEFAHR
<input type="checkbox"/>	Calprotectin im Stuhl	CALPRO
<input type="checkbox"/>	Stuhl komplett	STKOM
<input type="checkbox"/>	Helicobacter im Stuhl	STHELI
<input type="checkbox"/>	Darmcheck Mikrobiom	DARMCH
<input type="checkbox"/>	Immunstatus 1	IMMU1
<input type="checkbox"/>	Immunstatus 2 (erweitert)	IMMU2
<input type="checkbox"/>	Infektionserologie	INFEKT
<input type="checkbox"/>	Spurenelemente	SPUR
<input type="checkbox"/>	Hämatokritkorr.Vollblutmin.Analyse	HKVB
<input type="checkbox"/>	Vitaminblock	VITAMI
<input type="checkbox"/>	Hormonelle Dysfunktion weiblich	DYSHOW
<input type="checkbox"/>	Stressbegleitung	STRESS
<input type="checkbox"/>	Burnout - Block weiblich	BURNW
<input type="checkbox"/>	Haarausfall	HAAR
<input type="checkbox"/>	Schlafstörungen	SCHLAF
<input type="checkbox"/>	Hormonelle Dysfunktion männlich	DYSHOM
<input type="checkbox"/>	Burnout - Block männlich	BURNM
<input type="checkbox"/>	Männervorsorge	MÄNNER
<input type="checkbox"/>	Eat Plus Allergo-Screen IgG4	I4EATP
<input type="checkbox"/>	Metabolic Balance	METABO
<input type="checkbox"/>	Adipositas Block	ADIPO
<input type="checkbox"/>	Oxidativer Stress	OXISTR
<input type="checkbox"/>	Toxische Metalle	TOXMET
<input type="checkbox"/>	Gesund alt werden	ALT