

## Information zur Antikörperbestimmung bei der Berlin Cures GmbH

---

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie möchten Ihr Blut auf das Vorhandensein verschiedener Autoantikörper untersuchen lassen. Die Bestimmung erfolgt in einem sog. Bioassay (kein Elisa-Test)

Das Testergebnis ist der Nachweis folgender Autoantikörper:

- AT1-Rezeptor-Autoantikörper
- MAS-Rezeptor-Autoantikörper
- $\beta$ 2-Rezeptor-Autoantikörper
- M2-Rezeptor-Autoantikörper
- Alpha-1-Rezeptor-Autoantikörper
- ETA-Rezeptor-Autoantikörper

Die Kosten der Untersuchung belaufen sich auf EUR 283,50 inkl. MwSt (19%).

Nach Probeneingang wird Ihnen eine Rechnung zugestellt. Das Ergebnis der Untersuchung wird Ihnen nach Zahlungseingang schriftlich per Email mitgeteilt.

---

## Hinweise zur Blutentnahme und zum Probenversand

**Material:** Die Bestimmung kann nur in Serum erfolgen. Bitte senden Sie nur zentrifugierte Serumröhrchen ein. Falls keine Trennschicht vorhanden ist, muss das Serum in ein weiteres Gefäß überführt werden. Es sollte mindestens 1 ml Serum gewonnen werden.

**Beschriftung:** Bitte beschriften Sie das Probenröhrchen mit Ihrem Namen und dem Abnahmedatum.

**Verpackung und Versand:** Die Probe nicht einfrieren. Hygienisch verpackt (z.B. Plastikbeutel), auslaufsicher, bruchfest, mit beigelegtem Kühlakku aus dem Kühlschrank als Päckchen. Die Einverständniserklärung muss beigelegt werden.

**Transport:** Päckchen kann per Post/DHL/Fedex u.ä. geschickt werden. Bitte auf die Laufzeit achten, es sollte nicht länger als 3 Tage unterwegs sein. Eine Annahme und Bearbeitung findet bei uns nur Montag-Freitag, 10:00-16:00 statt.

**Versandadresse:** Berlin Cures GmbH, Robert-Rössle-Str. 10, Gebäude D79, 13125 Berlin

## Patienteninformation – Autoantikörper nach Covid-19-Erkrankung

- Diese Seite bitte zusammen mit der Probe einsenden -

|                |  |  |                   |
|----------------|--|--|-------------------|
| Name:          |  |  |                   |
| Adresse:       |  |  |                   |
| Alter (Jahre): |  |  | Geschlecht (m/w): |

|  |
|--|
| Wann waren Sie an Covid-19 erkrankt? (ca., Zeitraum) |
| Covid-19 wurde mit PCR Test bestätigt (ja/nein)      |
| Meine Hauptsymptome nach der Covid-19 Erkrankung     |
| Beschriftung auf meinem Probenröhrchen:              |
| Datum der Blutabnahme:                               |
| Email Adresse für Befundübermittlung                 |

## Einverständniserklärung

Ich erkläre mich hiermit damit einverstanden:

- dass meine Blutprobe durch die Berlin Cures GmbH, Knesebeckstr. 59-61, 10719 Berlin, auf Autoantikörper untersucht wird. Übrig bleibendes Probenmaterial kann die Berlin Cures GmbH für qualitätssichernde Maßnahmen und wissenschaftliche Zwecke nutzen.
- dass die Probe bis zu 5 Jahre gelagert werden kann und die Untersuchungsergebnisse in anonymer Form, die keinen Rückschluss auf meine Person zulässt, veröffentlicht werden können.
- dass die übermittelten Daten sowie die erhobenen Ergebnisse in Papierform und in elektronischer Form entsprechend der gesetzlichen Vorgaben gespeichert werden.

ggf. Nichtzutreffendes streichen

Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligungen jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne persönliche Nachteile mündlich oder schriftlich widerrufen kann.

Ort, Datum:

---

Unterschrift:

---