

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname und Adresse des Versicherten geb. am

Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum

Privatpatient deutsch

Selbstzahler englisch

weiblich **Befundungsart:**

männlich umfassend

Erstbefund kurz Befundkopie Praxis

Folgebefund



...den Menschen im Auge behalten!

Biovis Diagnostik MVZ GmbH

Prof. Dr. med. Burkhard Schütz
Wissenschaftliche Leitung

Dr. med. univ. Vilmos Fuxl
Ärztliche Leitung

Dr. med. Herbert Schmidt¹
Prof. Dr. med. Michael Kramer¹
Prof. Dr. med. Dr. phil. Jörg Kriegsmann²

Brüsseler Straße 18
65552 Limburg-Eschhofen

Tel.: +49 (0) 64 31 / 21 248 - 0
Fax: +49 (0) 64 31 / 21 248 - 66

E-mail: info@biovis.de
Web: www.biovis.de

¹Facharzt für Laboratoriumsmedizin
²Facharzt für Pathologie

ANFORDERUNGSBOGEN

A13sT-3 TESTSETS
Magen-Darm - Mikrobiologie

Barcode oder Praxisstempel

**BITTE BLOCKBUCHSTABEN ODER ADRESSAUFKLEBER VERWENDEN!
KEINE HEFT- UND BÜROKLAMMERN ODER POST-IT'S ANFÜGEN!**

Wichtiger Hinweis:
Bitte die Stuhlröhrchen mit dem Anforderungsbogen SEPARAT in die Versandtüte für Stuhlproben packen!

INHALTSVERZEICHNIS

- I. Molekulargenetische Stuhlanalyse
- II. Klassische Stuhlanalyse über Anzucht
- III. Gastroenterologische Diagnostik
- IV. Metabolomuntersuchungen
- V. Vaginaldiagnostik

Raum für individuelle Anforderungen:

I. Molekulargenetische Stuhlanalyse

Kompakte, praxisorientierte Mikrobiomanalyse
inkl. Befundbeurteilung und Therapieempfehlung

PLUS - ergänzende Parameter

A501 **Leaky Gut** Fe, T909
Zonulin, Histamin

II. Klassische Stuhlanalyse über Anzucht

Profile

A125 **D-Arabinitol im Urin** T908

A020 **Basisprofil Stress**
Basisprofil Darm + Zonulin, Histamin 2Fe, T909

Ergänzende funktionelle Stuhlparameter

Früherkennung kolorektale Karzinome

H205 **ColoAlert** T920
Neuer sensibler Test zur Darmkrebsfrüherkennung im Stuhl beruhend auf Nachweis von okkultem Blut, der Menge an humaner DNA und vorhandenen onkogenen Mutationen im KRAS- und BRAF-Gen. **(Innovationspreis 2017)**

Darmpermeabilität

A560 **Pee-Spot** T915
Nachweis von Leaky Gut (Dünndarm), Laktoseintoleranz u. Saccharoseunverträglichkeit

III. Gastroenterologische Diagnostik

Zuckerunverträglichkeiten

B110 **Laktose-Atemgastest** T901
H2 und Methan **NEU**

B120 **Fruktose-Atemgastest** T900
H2 und Methan **NEU**

B130 **Sorbit-Atemgastest** T902
H2 und Methan **NEU**

B135 **Fruktose-Sorbit-Kombi-Atemgastest** T917
H2 und Methan **NEU**

B105 **SIBO** **NEU** T929
(bakt. Overgrowthsyndrom)

Atemgastest zum Nachweis einer Dünndarmfehlbesiedlung

Histaminunverträglichkeit

A410 **Histamin im Stuhl** T909

C410 **Methylhistamin im Urin** T908

C415 **Histamin im Urin** T908

IV. Metabolomuntersuchungen

Metabolom Stuhl

A670 **Reizdarmprofil Basis*** **NEU** T909

Histamin, Tryptophan: Häufige Ursachen bei Reizdarm sind Histaminüberschuss oder Tryptophan-Mangel

A671 **Reizdarmprofil Komplett*** **NEU** T909

Histamin, Tryptophan, Serotonin, GABA, Ausschluss Fruktose-Malabsorption

*Optimal in Kombination mit einer Mikrobiomanalyse (A712), sowie Parametern für Maldigestion, Malabsorption, MIS (A750) und Zonulin (A500)

Kontrollmessungen

A651 **Tryptophan** T909

A410 **Histamin im Stuhl** T909

A652 **Serotonin** T909

A653 **GABA** T909

Metabolom Urin

A675 **TMA- und TMAO-Bildung** T928

TMAO: bakterielle Ursachen kardiovaskulärer Erkrankungen, inkl. Berücksichtigung der Ausgangssubstanzen: **Cholin, Betain und L-Carnitin (2 Tage vor Probenentnahme keine Meeresfrüchte / Fisch essen !!)**

A685 **Tryptophan-Metabolismus Plus** **NEU** T928

Umfassende Analyse des TRP-Stoffwechsels: **Serotoninbildung, Kynurenin-Pathway** mit Kynurenin, Kynureninsäure, 3OH-Kynurenin, Quinolinsäure, IDO-Aktivität, KMO-Aktivität. Zusätzlich: **Neopterin** (Screening auf IFN-γ vermittelte TH1-Aktivierung)

A677 **Equol-Bildung aus Sojaprodukten** **NEU** T930

nach Verzehr von Sojamilch

A681 **Bakterielle urämische Metabolite** **NEU** T928

Hippursäure, HPPHA, Indol-3-Essigsäure, Indoxylsulfat, p-Cresol-Sulfat, Phenylacetylglutamin, Tryptamin

V. Vaginaldiagnostik

V712 **Vaginales Mikrobiom** **NEU** T921

Diversität, Vagityp, dominante Laktobazillenflora, H2O2-, Milchsäurebildung, anaerobe Begleitflora, bakterielle Vaginose assoziierte Bakterien + Candida inkl. Befundbeurteilung und Therapieempfehlung

Aromatogramme

K362 **Abstrich vaginal** T911

(separater Anforderungsbogen)

K366 **Abstrich vaginal inkl. Aromatogramm** T911

(separater Anforderungsbogen)

© dip-und-design.de • Günter Meister Werbeagentur

Materialienlegende: Fe = Stuhl; T + Nr. = Spezial-Testset, je nach Anforderung



A 1 3 s T - 3 - 1

ANAMNESEBOGEN

Patientendaten:

Blutdruck:

Körpergröße:

cm

 | mm Hg

Gewicht:

kg

Medikamente, Dosierung, Einnahme seit:

Beschwerdebild / Anamnese:

Diagnosen

Bitte kreuzen Sie im folgenden Feld bekannte Erkrankungen oder Beschwerdebilder an, an denen der Patient leidet.

Verdauungstrakt

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa | <input type="checkbox"/> Darmmykosen |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | <input type="checkbox"/> Diarrhoe |
| <input type="checkbox"/> Divertikulose | <input type="checkbox"/> Dyspepsie |
| <input type="checkbox"/> Fructosemalabsorption | <input type="checkbox"/> Gallensteinleiden |
| <input type="checkbox"/> Gastritis | <input type="checkbox"/> Hämorrhoiden |
| <input type="checkbox"/> Kolon-Karzinom | <input type="checkbox"/> Laktoseintoleranz |
| <input type="checkbox"/> Morbus Crohn | <input type="checkbox"/> Meteorismus |
| <input type="checkbox"/> NM-Unverträglichkeiten | |
| <input type="checkbox"/> Obstipation | <input type="checkbox"/> Ulcusleiden |
| <input type="checkbox"/> Pankreasinsuff. exokrin | <input type="checkbox"/> Zöliakie |
| <input type="checkbox"/> Reizdarm | <input type="checkbox"/> Stomatitis |

Respirationstrakt

- | | |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Asthma bronchiale | <input type="checkbox"/> Bronchitis |
| <input type="checkbox"/> Rhinitis | <input type="checkbox"/> Sinusitis |
| <input type="checkbox"/> Tonsillitis | |

Haut / Haare

- | | |
|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Akne | <input type="checkbox"/> Ekzeme |
| <input type="checkbox"/> Furunkulose | <input type="checkbox"/> Haarausfall |
| <input type="checkbox"/> Psoriasis | <input type="checkbox"/> trockene Haut |
| <input type="checkbox"/> Urtikaria | <input type="checkbox"/> Zellulite |

Herz - Kreislauf

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Angina pectoris | <input type="checkbox"/> Arteriosklerose |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz |
| <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung | |

Urogenitaltrakt

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cystitis | <input type="checkbox"/> Harnwegsinfekt |
| <input type="checkbox"/> Prostatahyperplasie | <input type="checkbox"/> Vaginalmykosen |

Allergien

- | | |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nahrungsmittelallergien | |
| <input type="checkbox"/> Neurodermitis | <input type="checkbox"/> Pollinosis |

Psyche und Nervensystem

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Polyneuropathie |
| <input type="checkbox"/> Angst | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen |
| <input type="checkbox"/> Hyperaktivität (ADS) | <input type="checkbox"/> Schlafstörungen |
| <input type="checkbox"/> Erschöpfung | |

Hormonelle Dysfunktion

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Menopause | <input type="checkbox"/> Hypothyreose |
| <input type="checkbox"/> Prämenstruelle Beschw. | <input type="checkbox"/> Hyperthyreose |

Bewegungsapparat

- | | |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Arthrose | <input type="checkbox"/> Osteoporose |
| <input type="checkbox"/> M. Bechterew | <input type="checkbox"/> Rheumat. Arthritis |

Einwilligungserklärung zur genetischen Untersuchung

Patient / in	Stempel KH / Praxis		
Name, Vorname			
Geburtsdatum: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>			
Datum	Name des Arztes	Unterschrift	

Ich wurde von meinem behandelnden Arzt über Bedeutung und Tragweite der in Frage stehenden Diagnostik insbesondere über Zweck, Art, Umfang, Aussagekraft und Konsequenzen der Untersuchung aufgeklärt. Ja Nein

Ich stimme der erforderlichen Entnahme von Untersuchungsmaterial zu. Ja Nein

Mir wurde ausreichend Bedenkzeit vor Einwilligung in die oben genannte Untersuchung eingeräumt und ich habe das Recht, meine Einwilligung jederzeit schriftlich zu widerrufen. Ja Nein

Ich bin damit einverstanden, dass verbleibendes Probenmaterial für eine spätere Nachprüfbarkeit der Ergebnisse, Nachforderungen durch meinen Arzt und für wissenschaftliche Zwecke (z.B. Methodenentwicklungen) bis auf Widerruf aufbewahrt werden kann. Ja Nein

Der Untersuchungsauftrag kann an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor weitergeleitet werden. Ja Nein

Die Untersuchungsergebnisse können über die vorgegebene Frist von 10 Jahren hinaus aufbewahrt werden. Ja Nein

X

Ort, Datum

X

Unterschrift (gesetzlicher Vertreter)

Erklärung des Patienten:

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zu den veranlassten Untersuchungen. Ich bin über die Kosten informiert und auf das Recht zur ärztlichen Zweitmeinung hingewiesen worden.

Ich bin privat versichert. Für die von mir in Anspruch genommenen Laborleistungen wünsche ich eine privatärztliche Laborrechnung durch biovis' Diagnostik MVZ nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Zzgl. zur Leistung wird ein Ersatz von Auslagen gemäß §10GOÄ (3) in Höhe von 5,60 € berechnet. Die Kostenübernahme durch die private Krankenversicherung richtet sich nach den jeweiligen Vertragsbedingungen und kann daher nicht immer gewährleistet werden.

Als Mitglied der gesetzlichen Krankenkasse ist mir bekannt, dass es sich bei den von mir gewünschten Leistungen um Vorsorgeleistungen handelt, die nicht Bestandteil der ärztlichen Grundversorgung sind. Die Berechnung der Leistungen erfolgt auf der Basis der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Zzgl. zur Leistung wird ein Ersatz von Auslagen gemäß §10GOÄ (3) in Höhe von 5,60 € berechnet. **Gegenüber meiner Krankenkasse habe ich keinerlei Anspruch auf Kostenerstattung der einzelnen Leistungen.** Die Erbringung der labormedizinischen Untersuchungen erfolgt durch biovis' Diagnostik MVZ. **Meine Ärztin / mein Arzt hat mich darüber aufgeklärt.**

Ich bin einverstanden, dass Angaben zu meiner Person zur Leistungserbringung übermittelt werden (Name, Anschrift, Kostenträger, Versicherungsnummer, Geburtsdatum und Geschlecht, ggf. Angaben zu Körpergröße und -gewicht, Anamnese und Medikation), sofern für angeforderte Analysen notwendig. (Verordnung (EU) 2016/679 Art.6 Abs. 1 lit. B). Ich gebe diese Einwilligung freiwillig ab und kann sie jederzeit mit sofortiger Wirkung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen formlos widerrufen. Auch hierüber hat mich meine Ärztin/mein Arzt aufgeklärt.

Ich bin damit einverstanden, dass verbleibendes Probenmaterial für wissenschaftliche Zwecke (z.B. Methodenentwicklungen) bis auf Widerruf aufbewahrt werden kann.

X

Ort, Datum

X

Unterschrift (gesetzlicher Vertreter)

