

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname und Adresse des Versicherten

geb. am

Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum

**Privatpatient**     deutsch

**Selbstzahler**     englisch

weiblich

männlich

Erstbefund     umfassend

Folgebefund     kurz

Befundkopie Praxis

Probenentnahmeuhrzeit

Probenentnahmedatum



...den Menschen im Auge behalten!

**Biovis Diagnostik MVZ GmbH**

**Prof. Dr. med. Burkhard Schütz**  
Wissenschaftliche Leitung

**Thomas Gugerel'**  
Ärztliche Leitung

**Dr. med. Herbert Schmidt'**

**Prof. Dr. med. Michael Kramer'**

Justus-Staudt-Straße 2  
**65555 Limburg Offheim**

Tel.: 0 64 31 / 21 248 - 0  
Fax: 0 64 31 / 21 248 - 66

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

\*Facharzt für Laboratoriumsmedizin

**ANFORDERUNGSBOGEN**

**A13s-1 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
- VI. Infektionsdiagnostik

**Raum für individuelle Anforderungen:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**I. Molekulargenetische Stuhlanalyse**

**Kompakte, praxisorientierte Mikrobiomanalyse**

inkl. Befundbeurteilung und Therapieempfehlung

- A712A Mikrobiom Mini NEU** Fe  
(Bakteriom + Mykobiom) Diversität, Phylaverteilung, Enterotyp, relevante Bakterien (z.B. F. prausnitzii, A. muciniphila) und 7 fakultativ-pathogene Hefen. Funktionelle Gruppen (Neben: Butyrat-, Equol-, Histamin- und H2S-Bildung u.a. Berücksichtigung von: Bildung sek. Gallensäuren, Estrobolom, TMA-Metabolismus, Phenol-, Indol- und Ammoniak-Bildung)
- A712B Mikrobiom Midi NEU** Fe  
(Bakteriom + Mykobiom + Parasiten) Mikrobiom Mini mit 7 fakultativ-pathogenen Hefen und allen häufigen Parasiten. Berücksichtigung wichtiger funktioneller Gruppen (siehe oben)
- A178B Blastocystis Folgedifferenzierung**  
pathogener und apathogener Subtypen bei Nachweis
- A712BW Mikrobiom Midi Plus NEU** Fe  
(Bakteriom + Mykobiom + Parasiten + Würmer und Mikrosporidien) Mikrobiom Mini mit 7 fakultativ-pathogenen Hefen, häufigen Parasiten sowie Würmern und Mikrosporidien. Berücksichtigung wichtiger funktioneller Gruppen (siehe oben)
- A178B Blastocystis Folgedifferenzierung**  
pathogener und apathogener Subtypen bei Nachweis

**Große Mikrobiomanalyse**

- A712C Mikrobiom Maxi NEU** Fe  
(Bakteriom + Mykobiom + Parasiten) Mikrobiom Mini mit zusätzlicher Berücksichtigung weiterer Bakteriengattungen und -arten, mit 7 fakultativ-pathogenen Hefen und allen häufigen Parasiten, sowie der funktionellen Gruppen
- A178B Blastocystis Folgedifferenzierung**  
pathogener und apathogener Subtypen bei Nachweis
- A712CW Mikrobiom Maxi Plus NEU** Fe  
(großes Bakteriom + Mykobiom + Parasiten + Würmer und Mikrosporidien) Mikrobiom Maxi mit humanpathogenen Würmern und Mikrosporidien.
- A178B Blastocystis Folgedifferenzierung**  
pathogener und apathogener Subtypen bei Nachweis

**PLUS - ergänzende Parameter**

- A750 Maldigestion, Malabsorption, MIS** Fe  
Verdauungsrückstände, Pankreaselastase, Gallensäuren, alpha-1-Antitrypsin, Calprotectin, slgA
- A501 Leaky Gut** Fe, T909  
Zonulin, Histamin
- Weitere molekulargenetische Profile**
- A171 Profil Mucin-/Butyratbildung** Fe  
Faecalibac. prausnitzii, Akkermansia muciniphila
- A121 Mykobiom: relevante Hefen NEU** Fe  
(inkl. Erregerquantifizierung)  
C. albicans, C. tropicalis, C. glabrata, C. parapsilosis, C. dubliniensis, C. krusei, C. lusitaniae u.a.
- A121N Hefen Kontrollmessung** Fe  
 C. albicans  
 C. tropicalis  
 C. glabrata  
 C. parapsilosis  
 C. dubliniensis  
 C. krusei  
 C. lusitaniae
- A169 Würmer, Microsporidien** Fe  
Bandwürmer, Spulwürmer, Madenwürmer (Oxyuren), Hakenwürmer, Neuweltlicher Hakenwurm, Zwergbandwürmer, Peitschenwürmer, Zwergfadenwürmer, Enterocytozoon spp. / Encephalitozoon spp.

**II. Klassische Stuhlanalyse über Anzucht**

	Profile
<input type="checkbox"/> <b>A110 Mikrobiologischer Florastatus</b> Fe (Nachweis über Anzucht von 9 aeroben und 4 anaeroben Bakterien und 4 Hefen)	
<input type="checkbox"/> <b>A111 Florastatus Plus</b> Fe Florastatus + F. prausnitzii, Akkermansia muciniphila	
<input type="checkbox"/> <b>A120 Mykologischer Florastatus</b> Fe *bei Nachw. von Hefen, biochem. Diff.	
<input type="checkbox"/> <b>A125 D-Arabinitol im Urin</b> T908	
<input type="checkbox"/> <b>A130 Basisprofil Darm</b> 2Fe Florastatus, Verdauungsrückstände, pElastase, Gallensäuren, α-1-Antitrypsin, Calprotectin, slgA	
<input type="checkbox"/> <b>A131 Basisprofil Darm Plus</b> 2Fe Basisprofil Darm + F. prausnitzii, Akkermansia muciniphila	
<input type="checkbox"/> <b>A020 Basisprofil Stress</b> 2Fe, T909 Basisprofil Darm + Zonulin, Histamin	
Durchfallerreger	
<input type="checkbox"/> <b>A140 Bakterielle Enteritiserreger</b> Fe Salmonellen, Shigellen, Campylobacter, Yersinien, Cl. difficile GDH	
<input type="checkbox"/> <b>A179 Profil Virale Enteritiserreger PCR</b> Fe Norovirus GI + GII, Rotavirus, Adenovirus, Astrovirus, Sapovirus	
<input type="checkbox"/> <b>A178 Profil Parasiten PCR NEU</b> Fe (6 Parameter) Giardia lamblia, Entamoeba histolytica, Cryptosporidium spp., Cyclospora cayetanensis, Blastocystis hominis, Dientamoeba fragilis	
<input type="checkbox"/> <b>A178B Blastocystis Folgedifferenzierung</b> pathogener und apathogener Subtypen bei Nachweis	
<input type="checkbox"/> <b>A178C Blastocystis Subtypen Einzelanforderung</b> Fe Differenzierung pathogener und apathogener Subtypen	
<input type="checkbox"/> <b>A178N Parasiten Kontrollmessung NEU</b> Fe <input type="checkbox"/> Giardia lamblia <input type="checkbox"/> Entamoeba histolytica <input type="checkbox"/> Cryptosporidium spp. <input type="checkbox"/> Cyclospora cayetanensis <input type="checkbox"/> Blastocystis hominis <input type="checkbox"/> Dientamoeba fragilis	
<input type="checkbox"/> <b>A170N Würmer, Wurmeier</b> 3x Fe	
<input type="checkbox"/> <b>A440 EHEC</b> Fe	
<input type="checkbox"/> <b>A450 Cl. difficile GDH Toxin A, Toxin B</b> Fe	



## Ergänzende funktionelle Stuhlparameter

## Profile

<input type="checkbox"/> A180	<b>Verdauungsrückstände</b>	Fe
Quant. Nachweis von Fett, Stickstoff, Zucker, Wasser		
<input type="checkbox"/> A190	<b>Maldigestion:</b> <b>Pankreaselastase, Gallensäuren</b>	Fe
<input type="checkbox"/> A200	<b>Malabsorption: <math>\alpha</math>-1-AT, Calprotectin</b>	Fe
<input type="checkbox"/> A390	<b>Schleimhautimmunität: sIgA</b>	Fe
<input type="checkbox"/> A400	<b>Kolonisationsresistenz: <math>\beta</math>-Defensin</b>	Fe

## Einzelparameter

<input type="checkbox"/> A310	<b>Hämoglobin</b>	Fe
<input type="checkbox"/> A330	<b>Calprotectin</b>	Fe
<input type="checkbox"/> A340	<b><math>\alpha</math>-1-Antitrypsin</b>	Fe
<input type="checkbox"/> A350	<b>Lactoferrin</b>	Fe
<input type="checkbox"/> A360	<b>Lysozym</b>	Fe
<input type="checkbox"/> A370	<b>PMN - Elastase</b>	Fe
<input type="checkbox"/> A380	<b>Pankreaselastase</b>	Fe
<input type="checkbox"/> A420	<b>EPX</b>	Fe

## Früherkennung kolorektale Karzinome

<input type="checkbox"/> H205	<b>ColoAlert</b>	T920
Neuer sensitiver 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. ( <b>Innovationspreis 2017</b> )		
<input type="checkbox"/> A210	<b>Calprotectin, Hämoglobin</b>	Fe
<input type="checkbox"/> A320	<b>Hämoglobin/Haptoglobin</b>	Fe
<input type="checkbox"/> A430	<b>M2PK im Stuhl</b>	Fe

## Darmpermeabilität

<input type="checkbox"/> A500	<b>Zonulin</b>	Fe
<input type="checkbox"/> A550	<b>Zonulin im Serum</b>	S
<input type="checkbox"/> A560	<b>Pee-Spot</b>	T915
Nachweis von Leaky Gut (Dünndarm), Laktoseintoleranz u. Saccharoseunverträglichkeit		

## Autonosoden

<input type="checkbox"/> A610	<b>Alkoholische Dilutionen</b>	Apothekenabgabepreis 57,18 €
<input type="checkbox"/> A620	<b>Globuli</b>	Apothekenabgabepreis 64,27 €

## Auslieferunganschrift für E. coli Autonosoden

Name der Apotheke: .....

Straße: .....

Ort: .....

## II. Gastroenterologische Diagnostik

## Zuckerunverträglichkeiten

<input type="checkbox"/> B110	<b>Laktose-Atemgastest</b> H2 und Methan <b>NEU</b>	T901
<input type="checkbox"/> B140	<b>Laktoseintoleranz-Gentest</b> (Mutation im LCT-Gen)	EDTA $\leftrightarrow$
<input type="checkbox"/> B900	<b>Bakterielle Spaltungsaktivität von Fruktose und Sorbit im Stuhl</b> (häufig erhöht bei Unverträglichkeit)	Fe
<input type="checkbox"/> B120	<b>Fruktose-Atemgastest</b> H2 und Methan <b>NEU</b>	T900
<input type="checkbox"/> B150	<b>Fruktoseintoleranz-Gentest</b>	EDTA $\leftrightarrow$
<input type="checkbox"/> B130	<b>Sorbit-Atemgastest</b> H2 und Methan <b>NEU</b>	T902
<input type="checkbox"/> B135	<b>Fruktose-Sorbit-Kombi-Atemgastest</b> H2 und Methan <b>NEU</b>	T917
<input type="checkbox"/> B105	<b>SIBO <b>NEU</b></b> (bakt. Overgrowthsyndrom) Atemgastest zum Nachweis einer Dünndarmfunktionsstörung	T929

## Glutenunverträglichkeit

<input type="checkbox"/> A480	<b>Gladin- und Transglutaminase-AK (TG2) im Stuhl</b>	Fe
<input type="checkbox"/> B170	<b>Gladin- und Transglutaminase-AK (TG2) im Serum</b>	S
<input type="checkbox"/> B180	<b>Anti-WGA-IgG</b> (Weizenkeimagglutinin)	S
<input type="checkbox"/> B190	<b>Genetische Disposition Sprue / Zöliakie: HLA-DQ2 / DQ8</b>	EDTA $\leftrightarrow$

## Besondere Indikationen: Haut und ZNS

<input type="checkbox"/> B174	<b>Transglutaminase-3-Antikörper IgA <b>NEU</b></b> Autoimmunerkrankungen der Haut, z. B. Dermatitis herpetiformis Duhring	S
<input type="checkbox"/> B176	<b>Transglutaminase-6-Antikörper IgA und IgG <b>NEU</b></b> Transglutaminase des ZNS, z. B. bei Gluten-Ataxie	S

## Histaminunverträglichkeit

<input type="checkbox"/> C385	<b>Histamin-Abbaukapazität</b>	S
<input type="checkbox"/> C390	<b>Diaminoxidase (DAO)</b> (Nachweis von Reaktionen auf biogene Amine)	S
<input type="checkbox"/> C395	<b>Co-Faktoren der DAO</b> Kl. BB, Vitamin B6, Kupfer + Zink im Vollblut	EDTA, Hep
<input type="checkbox"/> A410	<b>Histamin im Stuhl</b>	T909
<input type="checkbox"/> A112	<b>Histaminbildende Bakterien</b>	Fe
<input type="checkbox"/> C410	<b>Methylhistamin im Urin</b>	T908
<input type="checkbox"/> C415	<b>Histamin im Urin</b>	T908

## Magendiagnostik

<input type="checkbox"/> B220	<b>Helicobacter pylori Antigen im Stuhl</b>	Fe
<input type="checkbox"/> B210	<b>Helicobacter pylori Pathogenitätsfaktoren</b>	S
<input type="checkbox"/> B230	<b>Pepsinogen 1 (Anazidität, Hypoazidität)</b>	S

## Darmdiagnostik

<input type="checkbox"/> B250	<b>Morbus Crohn: p-ASCA-AK</b>	S
<input type="checkbox"/> B260	<b>Colitis ulcerosa: x-ANCA</b>	S
<input type="checkbox"/> B270	<b>Indikan und Skatol im Urin</b>	2.MU

## III. Metabolomuntersuchungen

## Metabolom Stuhl

<input type="checkbox"/> A650	<b>Fettsäuren</b> Butyrat, Acetat, Propionat, Iso-Fettsäuren	Fe
<input type="checkbox"/> A660	<b><math>\beta</math>-Glucuronidase</b> Regulation der Rückresorption von Hormonen, Phytoöstrogenen, Toxinen, Medikamenten oder kanzerogenen Substanzen	Fe
<input type="checkbox"/> A670	<b>Reizdarmprofil Basis* <b>NEU</b></b>	T909
Histamin, Tryptophan: Häufige Ursachen bei Reizdarm sind Histaminüberschuss oder Tryptophan-Mangel		
<input type="checkbox"/> A671	<b>Reizdarmprofil Komplett* <b>NEU</b></b>	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

<input type="checkbox"/> A651	<b>Tryptophan</b>	T909
<input type="checkbox"/> A410	<b>Histamin im Stuhl</b>	T909
<input type="checkbox"/> A652	<b>Serotonin</b>	T909
<input type="checkbox"/> A653	<b>GABA</b>	T909

## Metabolom Urin

<input type="checkbox"/> A675	<b>TMA- und TMAO-Bildung</b> <b>TMAO:</b> bakterielle Ursachen kardiovaskulärer Erkrankungen, inkl. Berücksichtigung der Ausgangssubstanzen: <b>Cholin, Betain und L-Carnitin (2 Tage vor Probenentnahme keine Meeresfrüchte / Fisch essen !!)</b>	T928
-------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------

<input type="checkbox"/> A685	<b>Tryptophan-Metabolismus Plus <b>NEU</b></b>	T928
Umfassende Analyse des TRP-Stoffwechsels: <b>Serotoninbildung, Kynurenin-Pathway</b> mit Kynurenin, Kynureninsäure, 3OH-Kynurenin, Quinolinsäure, IDO-Aktivität, KMO-Aktivität. Zusätzlich: <b>Neopterin</b> (Screening auf IFN- $\gamma$ vermittelte TH1-Aktivierung)		
<input type="checkbox"/> A677	<b>Equol-Bildung aus Sojaprodukten <b>NEU</b></b>	T930
nach Verzehr von Sojamilch		
<input type="checkbox"/> A681	<b>Bakterielle urämische Metabolite <b>NEU</b></b>	T928
Hippursäure, HPPHA, Indol-3-Essigsäure, Indoxylsulfat, p-Cresol-Sulfat, Phenylacetylglutamin, Tryptamin		

## Metabolom Blut

<input type="checkbox"/> A695	<b>Gallensäuremetabolismus</b>	S
Darm-Leber-Achse: bakterielle Gallensäuremetabolite als Ursache von Erkrankungen und Regulatoren wichtiger biologischer Funktionen. Gesamtgallensäuren, primäre -, sekundäre -, tertiäre Gallensäuren, Ratios, <b>zytotoxische</b> und <b>neuroprotektive</b> Gallensäuren. Inkl. Beurteilung und Therapieoptionen		

## IV. Vaginaldiagnostik

<input type="checkbox"/> V712	<b>Vaginales Mikrobiom <b>NEU</b></b>	T921
Diversität, Vagintyp, dominante Laktobazillenflora, H2O2-, Milchsäurebildung, anaerobe Begleitflora, bakterielle Vaginose assoziierte Bakterien + Candida inkl. Befundbeurteilung und Therapieempfehlung		
<input type="checkbox"/> K845	<b>Bakterielle Vaginose/ Candidose PCR <b>NEU</b></b>	T921
Laktobazillen, Leitkeime der bakt. Vaginose, relevante Candidaarten inkl. Befundbeurteilung und Therapieempfehlung		
<input type="checkbox"/> K830	<b>Sexuell übertragbare Infektionen PCR</b>	T921
C. trachomatis, N. gonorrhoeae, T. vaginalis, M. genitalium, M. hominis, U. urealyticum, U. parvum		
<i>Profil nur für Ärzte anwählbar</i>		

## V. Infektionsdiagnostik

## Diagnostik bei:

- Borreliose
- EBV
- Ehrlichiose, FSME
- zeckenassoziierten Koinfektionen

## Serologische Erregernachweise:

- Virus-Serologie
- Bakterien-Serologie
- Candida-Serologie

Siehe Anforderungsbogen A13, Kapitel VI

## Bakterien-Direktnachweis

<input type="checkbox"/> K430	<b>Abstrich, sonstiger:</b> .....	Abstrich
<b>Durchfallerreger</b> (siehe A140, A178, A179, A440, A450)		
<input type="checkbox"/> K440	<b>Urinkultur</b>	U grün

## Aromatogramme

<input type="checkbox"/> K362	<b>Abstrich vaginal</b> (separater Anforderungsbogen)	T911
<input type="checkbox"/> K366	<b>Abstrich vaginal inkl. Aromatogramm</b> (separater Anforderungsbogen)	T911
<input type="checkbox"/> K381	<b>Urin auf Bakt. u. Pilze</b>	U grün
<input type="checkbox"/> K386	<b>Urin auf Bakt. u. Pilze inkl. Aromatogramm</b>	U grün
<input type="checkbox"/> K391	<b>Rachen-/Nasenabstrich auf Bakt. u. Pilze</b>	Abstrich
<input type="checkbox"/> K395	<b>Rachen-/Nasenabstrich auf Bakt. u. Pilze inkl. Aromatogramm</b>	Abstrich
<input type="checkbox"/> K400	<b>Abstrich oberflächl. Wunde auf Bakt. u. Pilze</b>	2x Abstrich
<input type="checkbox"/> K405	<b>Abstrich oberflächl. Wunde auf Bakt. u. Pilze inkl. Aromatogramm</b>	2x Abstrich



# ANAMNESEBOGEN

## Patientendaten:

Blutdruck:  mm Hg Körpergröße:  cm  
 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"/> Zelliite      |

### 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"/> Pollinosis |
| <input type="checkbox"/> Neurodermitis           |                                     |

### 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)

## Materialienlegende:



### Blut

- |           |                                                          |
|-----------|----------------------------------------------------------|
| S         | = Serum                                                  |
| Sz        | = Serum zentrifugiert<br>(auch bei kurzer Transportzeit) |
| Szg       | = Serum zentrifugiert gefroren                           |
| EDTA      | = EDTA Vollblut                                          |
| EDTA-PI   | = EDTA-Plasma                                            |
| HCY       | = Homocystein Spezialröhrchen                            |
| Hep       | = Heparin Vollblut                                       |
| NaF       | = Natriumfluorid Vollblut                                |
| CPDA/ACDB | = Citrat-Transportmedium                                 |
| Citrat    | = Citratblut 1:10                                        |
| CP        | = Citratplasma                                           |
| SpezR     | = Spezialröhrchen                                        |

### Urindiagnostik

- |        |                                                                       |
|--------|-----------------------------------------------------------------------|
| U      | = Standardurin, gelbe UM*                                             |
| U grün | = Mittelstrahlurin, grüne UM*                                         |
| 1.MU   | = erster Morgenurin, gelbe UM*                                        |
| 2.MU   | = zweiter Morgenurin, gelbe UM*                                       |
| U24    | = 24h Sammelurin, gelbe UM*                                           |
| U#     | = Urin, bei beruflicher Exposition nach Schichtende, Mittelstrahlurin |
- \*Urinmonovette

### Andere Materialien

- |                                                                                       |                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| Fe                                                                                    | = Stuhl                                           |
| Abstr.                                                                                | = Abstrich (Watteträger)                          |
| T + Nr.                                                                               | = Spezial-Testset, je nach Anforderung            |
| <b>EXP</b>                                                                            | = Probenabholung oder Expressversand erforderlich |
|  | = lichtgeschützt                                  |
|  | = genetische Einwilligung zwingend erforderlich   |



A 1 3 s - 1 - 4