

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname und Adresse des Versicherten

geb. am

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

☐ **Privatpatient**
☐ **Selbstzahler**☐ deutsch
☐ englisch☐ weiblich
☐ männlich☐ Erstbefund
☐ Folgebefund**Befundungsart:**
☐ umfassend
☐ kurz

Probenentnahmeuhrzeit

Probenentnahmedatum

☐ Befundkopie Praxis**biovis'**
DIAGNOSTICS

Biovis Diagnostik MVZ GmbH

Prof. Dr. med. Burkhard Schütz
Wissenschaftliche Leitung**Dr. med. Susanne Franck'**
Ärztliche Leitung**Dr. med. univ. Vilmos Fux'**
Dr. med. Herbert Schmidt'
Prof. Dr. med. Michael Kramer'
Prof. Dr. med. Dr. phil. Jörg Kriegsmann'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 Laboratoriumsmedizin²Facharzt für Pathologie

ANFORDERUNGSBOGEN

A13s-4 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

- ☐ A713A **Mikrobiom Mini** OS, 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)
- ☐ A713B **Mikrobiom Midi** OS, Fe
(Bakteriom + Mykobiom + Parasiten) Mikrobiom Mini mit 7 fakultativ-pathogenen Hefen und allen häufigen Parasiten. Berücksichtigung wichtiger funktioneller Gruppen (siehe oben)
- ☐ A7178B **Blastocystis Folgedifferenzierung**
pathogener und apathogener Subtypen bei Nachweis
- ☐ A713BW **Mikrobiom Midi Plus** OS, 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)
- ☐ A7178B **Blastocystis Folgedifferenzierung**
pathogener und apathogener Subtypen bei Nachweis

Große Mikrobiomanalyse

- ☐ A713C **Mikrobiom Maxi** OS, 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
- ☐ A7178B **Blastocystis Folgedifferenzierung**
pathogener und apathogener Subtypen bei Nachweis
- ☐ A713CW **Mikrobiom Maxi Plus** OS, Fe
(großes Bakteriom + Mykobiom + Parasiten + Würmer und Mikrosporidien) Mikrobiom Maxi mit humanpathogenen Würmern und Mikrosporidien.
- ☐ A7178B **Blastocystis Folgedifferenzierung**
pathogener und apathogener Subtypen bei Nachweis

PLUS - ergänzende Parameter

- ☐ A750 **Maldigestion, Malabsorption, MIS** 2Fe
Verdauungsrückstände, Pankreaselastase, Gallensäuren, alpha-1-Antitrypsin, Calprotectin, slgA
- ☐ A501 **Leaky Gut** Fe, T909
Zonulin, Histamin

Weitere molekulargenetische Profile

- ☐ A171 **Profil Mucin-/Butyratbildung** OS, Fe
Faecalibac, prausnitzii, Akkermansia muciniphila
- ☐ A121 **Mykobiom: relevante Hefen** OS, Fe
(inkl. Erregerquantifizierung)
C. albicans, C. tropicalis, C. glabrata, C. parapsilosis, C. dubliniensis, C. krusei, C. lusitaniae u.a.
- ☐ A121N **Hefen Kontrollmessung** OS, Fe
☐ C. albicans
☐ C. tropicalis
☐ C. glabrata
☐ C. parapsilosis
☐ C. dubliniensis
☐ C. krusei
☐ C. lusitaniae
- ☐ A169 **Würmer, Mikrosporidien** OS, Fe
Bandwürmer, Spulwürmer, Madenwürmer (Oxyuren), Hakenwürmer, Neuweltlicher Hakenwurm, Zwergbandwurm, Peitschenwürmer, Zwergfadenwürmer, Enterocytozoon spp. / Encephalitozoon spp.

II. Klassische Stuhlanalyse über Anzucht

Profile

- ☐ A110 **Mikrobiologischer Florastatus** Fe
(Nachweis über Anzucht von 9 aeroben und 4 anaeroben Bakterien und 4 Hefen)
- ☐ A111 **Florastatus Plus** OS, Fe
Florastatus + F. prausnitzii, Akkermansia muciniphila
- ☐ A120 **Mykologischer Florastatus** Fe
*bei Nachw. von Hefen, biochem. Diff.
- ☐ A125 **D-Arabinitol im Urin** T908
- ☐ A130 **Basisprofil Darm** 2Fe
Florastatus, Verdauungsrückstände, pElastase, Gallensäuren, α -1-Antitrypsin, Calprotectin, slgA
- ☐ A131 **Basisprofil Darm Plus** OS, 2Fe
Basisprofil Darm + F. prausnitzii, Akkermansia muciniphila
- ☐ A020 **Basisprofil Stress** 2Fe, T909
Basisprofil Darm + Zonulin, Histamin

Durchfallerreger

- ☐ A140 **Bakterielle Enteritiserreger** Fe
Salmonellen, Shigellen, Campylobacter, Yersinien, Cl. difficile GDH
- ☐ A179 **Profil Virale Enteritiserreger PCR** OS, Fe
Norovirus GI + GII, Rotavirus, Adenovirus, Astrovirus, Sapovirus
- ☐ A178 **Profil Parasiten PCR** OS, Fe
(6 Parameter)
Giardia lamblia, Entamoeba histolytica, Cryptosporidium spp., Cyclospora cayetanensis, Blastocystis hominis, Dientamoeba fragilis
- ☐ A7178B **Blastocystis Folgedifferenzierung**
pathogener und apathogener Subtypen bei Nachweis
- ☐ A7178C **Blastocystis Subtypen Einzelanforderung** OS, Fe
Differenzierung pathogener und apathogener Subtypen
- ☐ A7178N **Parasiten Kontrollmessung** OS, Fe
☐ Giardia lamblia
☐ Entamoeba histolytica
☐ Cryptosporidium spp.
☐ Cyclospora cayetanensis
☐ Blastocystis hominis
☐ Dientamoeba fragilis
- ☐ A170N **Würmer, Wurmeier** 3x Fe
- ☐ A440 **EHEC** Fe
- ☐ A450 **Cl. difficile GDH Toxin A, Toxin B** Fe

Stuhldiagnostik: Fe = Stuhl; OS = OmicSnap; **Blut:** S = Serum; EDTA = EDTA Vollblut; Hep = Heparin Vollblut;
Urindiagnostik: U grün = Mittelstrahlurin, grüne Urinmonovette; **Andere Abkürzungen:** T = spezielles Testset; = Expressversand erforderlich; = lichtgeschützt; = Watteträger; = genetische Einwilligung erforderlich - **Ausführliche Legende siehe letzte Seite.**

A 1 3 s - 4 - 1

Ergänzende funktionelle Stuhlparameter		
Profile		
<input type="checkbox"/> A180	Verdauungsrückstände Quant. Nachweis von Fett, Stickstoff, Zucker, Wasser	Fe
<input type="checkbox"/> A190	Maldigestion: Pankreaselastase, Gallensäuren	Fe
<input type="checkbox"/> A200	Malabsorption: α -1-AT, Calprotectin	Fe
<input type="checkbox"/> A390	Schleimhautimmunität: sIgA	Fe
<input type="checkbox"/> A400	Kolonisationsresistenz: β -Defensin	Fe
Einzelparameter		
<input type="checkbox"/> A310	Hämoglobin	T910
<input type="checkbox"/> A330	Calprotectin	Fe
<input type="checkbox"/> A340	α-1-Antitrypsin	Fe
<input type="checkbox"/> A350	Lactoferrin	Fe
<input type="checkbox"/> A360	Lysozym	Fe
<input type="checkbox"/> A370	PMN - Elastase	Fe
<input type="checkbox"/> A380	Pankreaselastase	Fe
<input type="checkbox"/> A420	EPX	Fe
Früherkennung kolorektale Karzinome		
<input type="checkbox"/> H205	ColoAlert 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. (<i>Innovationspreis 2017</i>)	T920
<input type="checkbox"/> A210	Calprotectin, Hämoglobin	Fe, T910
<input type="checkbox"/> A320	Hämoglobin/Haptoglobin	T910
<input type="checkbox"/> A430	M2PK im Stuhl	Fe
Darmpermeabilität		
<input type="checkbox"/> A500	Zonulin	Fe
<input type="checkbox"/> A550	Zonulin im Serum	S
<input type="checkbox"/> A505	I-FABP	S
Autonosoden		
<input type="checkbox"/> A610	Alkoholische Dilutionen	Apothekenabgabepreis 57,18 €
<input type="checkbox"/> A620	Globuli	Apothekenabgabepreis 64,27 €
Auslieferungsanschrift für Stuhl-Autonosoden: Name der Apotheke: Straße: Ort:		
III. Gastroenterologische Diagnostik		
Zuckerunverträglichkeiten		
<input type="checkbox"/> B110	Laktose-Atemgastest H2 und Methan	T901
<input type="checkbox"/> B140	Laktoseintoleranz-Gentest (Mutation im LCT-Gen)	EDTA
<input type="checkbox"/> B900	Bakterielle Spaltungsaktivität von Fruktose und Sorbit im Stuhl (häufig erhöht bei Unverträglichkeit)	Fe
<input type="checkbox"/> B120	Fruktose-Atemgastest H2 und Methan	T900
<input type="checkbox"/> B150	Fruktoseintoleranz-Gentest	EDTA
<input type="checkbox"/> B130	Sorbit-Atemgastest H2 und Methan	T902
<input type="checkbox"/> B135	Fruktose-Sorbit-Kombi-Atemgastest H2 und Methan	T917
<input type="checkbox"/> B105	SIBO (bakt. Overgrowthsyndrom) Atemgastest zum Nachweis einer Dünndarmfökalbesiedlung	T929

Glutenunverträglichkeit		
<input type="checkbox"/> A480	Gladin- und Transglutaminase-AK (TG2) im Stuhl	Fe
<input type="checkbox"/> B170	Gladin- und Transglutaminase-AK (TG2) im Serum	S
<input type="checkbox"/> B180	Anti-WGA-IgG (Weizenkeimagglutinin)	S
<input type="checkbox"/> B190	Genetische Disposition Sprue / Zöliakie: HLA-DQ2 / DQ8	EDTA
Besondere Indikationen: Haut und ZNS		
<input type="checkbox"/> B174	Transglutaminase-3-Antikörper IgA Autoimmunerkrankungen der Haut, z. B. Dermatitis herpetiformis Duhring	S
<input type="checkbox"/> B176	Transglutaminase-6-Antikörper IgA und IgG Transglutaminase des ZNS, z. B. bei Gluten-Ataxie	S
Histaminunverträglichkeit		
<input type="checkbox"/> C385	Histamin-Abbaukapazität	S
<input type="checkbox"/> C390	Diaminooxidase (DAO) (Nachweis von Reaktionen auf biogene Amine)	S
<input type="checkbox"/> C395	Co-Faktoren der DAO Kl. BB, Vitamin B6, Kupfer + Zink im Vollblut	EDTA, Hep
<input type="checkbox"/> A410	Histamin im Stuhl	T909
<input type="checkbox"/> A112	Histaminbildende Bakterien	Fe
<input type="checkbox"/> C410	Methylhistamin im Urin	T908
<input type="checkbox"/> C415	Histamin im Urin	T908
Magendiagnostik		
<input type="checkbox"/> B220	Helicobacter pylori Antigen im Stuhl	Fe
<input type="checkbox"/> B210	Helicobacter pylori Pathogenitätsfaktoren	S
<input type="checkbox"/> B230	Pepsinogen 1 (Anazidität, Hypoazidität)	S
Darmdiagnostik		
<input type="checkbox"/> B250	Morbus Crohn: p-ASCA-AK	S
<input type="checkbox"/> B260	Colitis ulcerosa: x-ANCA	S
<input type="checkbox"/> B270	Indikan und Skatol im Urin	2.MU
IV. Metabolomuntersuchungen		
Metabolom Stuhl		
<input type="checkbox"/> A650	Fettsäuren Butyrat, Acetat, Propionat, Iso-Fettsäuren	Fe
<input type="checkbox"/> A660	β-Glucuronidase Regulation der Rückresorption von Hormonen, Phytoöstrogenen, Toxinen, Medikamenten oder kanzerogenen Substanzen	Fe
<input type="checkbox"/> A670	Reizdarmprofil Basis* Histamin, Tryptophan: Häufige Ursachen bei Reizdarm sind Histaminüberschuss oder Tryptophan-Mangel	T909
<input type="checkbox"/> A671	Reizdarmprofil Komplett* Histamin, Tryptophan, Serotonin, GABA *Optimal in Kombination mit einer Mikrobiomanalyse (A712), sowie Parametern für Maldigestion, Malabsorption, MIS (A750) und Zonulin (A500)	T909
Kontrollmessungen		
<input type="checkbox"/> A651	Tryptophan	T909
<input type="checkbox"/> A410	Histamin im Stuhl	T909
<input type="checkbox"/> A652	Serotonin	T909
<input type="checkbox"/> A653	GABA	T909
Metabolom Urin		
<input type="checkbox"/> A675	TMA- und TMAO-Bildung TMAO: bakterielle Ursachen kardiovaskulärer Erkrankungen, inkl. Berücksichtigung der Ausgangssubstanzen: Cholin, Betain und L-Carnitin (<i>2 Tage vor Probenentnahme keine Meerestrichte / Fisch essen !!</i>)	T928

<input type="checkbox"/> A685	Tryptophan-Metabolismus Plus 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)	T928
<input type="checkbox"/> A677	Equol-Bildung aus Sojaprodukten nach Verzehr von Sojamilch	T930
<input type="checkbox"/> A681	Bakterielle urämische Metabolite Hippursäure, HPPHA, Indol-3-Essigsäure, Indoxylsulfat, p-Cresol-Sulfat, Phenylacetylglutamin, Tryptamin	T928
Metabolom Blut		
<input type="checkbox"/> A695	Gallensäuremetabolismus Darm-Leber-Achse: bakterielle Gallensäure-metabolite als Ursache von Erkrankungen und Regulatoren wichtiger biologischer Funktionen. Gesamtgallensäuren, primäre -, sekundäre -, tertiäre Gallensäuren, Ratios, zytotoxische und neuroprotektive Gallensäuren. Inkl. Beurteilung und Therapieoptionen	S
V. Vaginaldiagnostik		
<div><div></div><div>pH-Wert</div></div>		
<input type="checkbox"/> V712	Vaginales Mikrobiom Diversität, Vagityp, dominante Laktobazillenflora, H2O2-, Milchsäurebildung, anaerobe Begleitflora, bakterielle Vaginose assoziierte Bakterien + Candida inkl. Befundbeurteilung und Therapieempfehlung	T921
VI. Infektionsdiagnostik		
Diagnostik bei: <ul style="list-style-type: none">● Borreliose● EBV● Ehrlichiose, FSME● zeckenassoziierten Koinfektionen		
Serologische Erregernachweise: <ul style="list-style-type: none">● Virus-Serologie● Bakterien-Serologie● Candida-Serologie <i>Siehe Anforderungsbogen A13, Kapitel VI</i>		
Bakterien-Direktnachweis		
<input type="checkbox"/> K430	Abstrich, sonstiger: Abstrich Durchfallerreger (siehe A140, A178, A179, A440, A450)	
<input type="checkbox"/> K440	Urinkultur	U grün
Aromatogramme		
<input type="checkbox"/> K362	Abstrich vaginal (separater Anforderungsbogen)	T911
<input type="checkbox"/> K366	Abstrich vaginal inkl. Aromatogramm (separater Anforderungsbogen)	T911
<input type="checkbox"/> K381	Urin auf Bakt. u. Pilze	U grün
<input type="checkbox"/> K386	Urin auf Bakt. u. Pilze inkl. Aromatogramm	U grün
<input type="checkbox"/> K391	Rachen-/Nasenabstrich auf Bakt. u. Pilze	Abstrich
<input type="checkbox"/> K395	Rachen-/Nasenabstrich auf Bakt. u. Pilze inkl. Aromatogramm	Abstrich
<input type="checkbox"/> K400	Abstrich Wunde auf Bakt. (aerob u. anaerob) u. Pilze inkl. Antibogramm	2x Abstrich
<input type="checkbox"/> K405	Abstrich oberflächl. Wunde auf Bakt. (aerob) u. Pilze inkl. Aromatogramm	2x Abstrich

Stuhlidiagnostik: Fe = Stuhl; **OS** = OmicSnap; **Blut:** S = Serum; EDTA = EDTA Vollblut; Hep = Heparin Vollblut; **Urindiagnostik:** U grün = Mittelstrahlurin, grüne Urinmonovette; **Andere Abkürzungen:** T = spezielles Testset; = Expressversand erforderlich; = lichtgeschützt; Abstrich = Watteträger; = genetische Einwilligung erforderlich - *Ausführliche Legende siehe letzte Seite.*





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"/> 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 (Gendiagnostikgesetz)

Patient / in

Stempel KH / Praxis

Name, Vorname

Geburtsdatum: ____ / ____ / ____

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 Art6 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
(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

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



A 1 3 s - 4 - 4