

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname und Adresse des Versicherten

geb. am

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Bitte keine Heft- und Büroklammern oder Aufkleber verwenden!

- Privatpatient
- venöses Blut
- männlich
- Selbstzahler
- Kapillarblut
- weiblich

\_\_ : \_\_ Uhr  
Probenentnahme-Uhrzeit

\_\_ / \_\_ / \_\_  
Probenentnahme-Datum

WICHTIG: Patientenerklärung unterschreiben!

# ANFORDERUNGSBOGEN

Stand: September 2019

Änderungen vorbehalten!

# GEN<sub>1</sub>

## bio vis<sup>®</sup> DIAGNOSTIK

Biovis Diagnostik MVZ GmbH

Dr. med. Burkhard Schütz

Wissenschaftliche Leitung

Thomas Gugerel<sup>1</sup>

Ärztliche Leitung

Dr. med. Herbert Schmidt<sup>1</sup>

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](mailto:info@biovis.de)

Web: [www.biovis.de](http://www.biovis.de)

<sup>1</sup>Facharzt für Laboratoriumsmedizin

Barcode

## Allgemeiner Fragebogen GENETIK

### Zur Person

Alter  Jahre

Geschlecht  w  m

Etnische Herkunft  kaukasisch  
 asiatisch  
 afrikanisch

Größe  cm

Gewicht  kg

Blutgruppe  0  A  B  AB

### Zum Lebensstil

Raucher  ja  nein

Ex-Raucher seit

Wie viele Zigaretten, Zigarren,  
Pfeifen, etc. rauchen Sie am Tag?  
 1 bis 5  
 6 - 10  
 11 bis 20  
 > 20

Sport (mindestens 30 min)  ja  nein  
 täglich  
 1x/Woche  
 2x/Woche  
 3-6/Woche

Ausdauersport (Joggen, Fahrrad fahren, etc.)  
 Krafttraining (Gewichtheben, etc.)  
 meditative Sportarten (Pilates, Yoga, Tai Chi, etc.)  
 andere

Bewegungsarmut  ja  nein  
(sitzende Tätigkeit, bewegungsarmer  
Alltag, Langstreckenflüge, etc.)

Stress  nie  
 manchmal  
 regelmäßig

### Zur Medikamenteneinnahme

Statine  ja  nein

Andere Lipidsenker  ja  nein

Blutdrucksenker  ja  nein

ACE Inhibitoren  
 Betablocker  
 Calciumkanalblocker

Diuretika  ja  nein

Schleifendiuretikum  
 Thiaziddiuretikum

Thrombozytenaggregationshemmer  nie  
 manchmal  
 regelmäßig

Acetylsalicylsäure  
 Clopidogrel

Gerinnungshemmer  ja  nein

Cumarin-Derivate  
 Heparin

Analgetika (Schmerzmittel)  nie  
 manchmal  
 regelmäßig

Paracetamol  
 Ibuprofen

Glucocorticoide  ja  nein

Cortison

Antidepressiva  ja  nein

Barbiturate (Schlafmittel)  nie  
 manchmal  
 regelmäßig

### Antiepileptika

nie  
 manchmal  
 regelmäßig

Valproinsäure  
 Carboxamide  
 Benzodiazepine

### Hormonersatztherapie

ja  nein  
 Östrogene  
 Gestagene  
 Testosteron  
 < 5 Jahre  
 > 5 Jahre

### Orale Verhütungsmittel

ja  nein  
 kurzzeitig, in Phasen  
 Langzeiteinnahme

### Weitere Medikamente

### Zu Nahrungsergänzungsmitteln

Vitamin B  ja  nein  im Komplex  
 B3  B6  B12  
 B9 (Folsäure)

Vitamin C  ja  nein  
Vitamin D  ja  nein  
Vitamin E  ja  nein  
Omega-3-Fettsäuren  ja  nein  
Calcium  ja  nein  
Magnesium  ja  nein  
Eisen  ja  nein  
Selen  ja  nein  
Zink  ja  nein

weitere

### zur Ernährung

Lebensmittelunverträglichkeiten  ja  nein  
 Gluten  
 Fruktose  
 Laktose

### Nahrungsmittelallergie

ja  nein  
 Nüsse  Fisch  Erdnüsse  Soja  
 Meeresfrüchte  Hühnerlei  Kuhmilch

Vegetarisch  ja  nein

Vegan  ja  nein



F B - G E N 1 - 1

# Fragebogen Well-being

Erkrankung der Leber  ja  nein  
 Schilddrüsenerkrankung  ja  nein

**Unterfunktion**

**Überfunktion**

Hautkrankheit welche?  ja  nein

Osteoporose  ja  nein

Krebserkrankung  ja  nein  
 Leber  Blase  Leukämie  Lunge  Niere  
 Magen  Dickdarm  Brust  Hautkrebs

andere Erkrankung(en):

## Zur familiären medizinischen Vorgeschichte\*

\*bitte berücksichtigen Sie nur Angehörige 1. und 2. Grades (d.h. Großeltern, Eltern, Geschwister, Kinder, Onkel, Tanten, Nefen, Nichten, Enkel)

Herz-Kreislauf-Erkrankung  ja  nein  
 Herzinfarkt  ja  nein  
 Adipositas  ja  nein  
 Bluthochdruck  ja  nein  
 Hyperlipidmie  ja  nein  
 Diabetes  ja  nein  
 Typ1  Typ2  
 Schilddrüsenerkrankung  ja  nein  
 Krebserkrankung  ja  nein

## Well-being

Taillenumfang (Höhe Bauchnabel)  cm  
 LDL-Wert  mg/dl  
 HDL-Wert  mg/dl  
 Gesamtcholesterin  mg/dl  
 Triglyceride  mg/dl

Systolischer/diastolischer Blutdruck (z.B. 120/80 mmHg)  mmHg

Gemütsstörungen  ja  nein  
 (z.B. Stimmungsschwankungen, Depression...)

Antriebslosigkeit, Erschöpfung  ja  nein

## Zu Umwelteinflüssen

Amalgam-Zahnfüllung(en)  ja  nein  
 Pestizide:  
 Insektizide, Herbizide, etc.  ja  nein  
 Farbe/Lacke, Lösungsmittel, Klebstoffe  ja  nein  
 Autoabgase (arbeiten/leben in der Stadt)  ja  nein  
 Haarfärbemittel  ja  nein

## Zur persönlichen medizinischen Vorgeschichte

Migräne  ja  nein  
 Hautkrankheit welche?  ja  nein

Periodontitis  ja  nein  
 Verdauungsstörungen  ja  nein  
 Entzündliche Erkrankung welche?  ja  nein  
 Allergien welche?  ja  nein

Herz-Kreislauf-Erkrankung  ja  nein  
 Herzinfarkt

Bluthochdruck  ja  nein  
 Hyperlipidämie  ja  nein  
 Diabetes  ja  nein  
 Typ1  Typ2  
 Nierenerkrankung  ja  nein  
 Hyperurikämie  ja  nein  
 Erkrankung der Leber  ja  nein  
 Osteoporose  ja  nein  
 Schilddrüsenerkrankung  ja  nein  
 Unterfunktion  
 Überfunktion

Alzheimer-Krankheit  ja  nein  
 Parkinson-Krankheit  ja  nein

Krebserkrankung  ja  nein  
 Leber  Blase  Lunge  Niere  Dickdarm  
 Brust  Leukämie  Magen  Hautkrebs

andere Erkrankung(en):

## Zur familiären medizinischen Vorgeschichte\*

\*bitte berücksichtigen Sie nur Angehörige 1. und 2. Grades (d.h. Großeltern, Eltern, Geschwister, Kinder, Onkel, Tanten, Nefen, Nichten, Enkel)

Herz-Kreislauf-Erkrankung  ja  nein  
 Herzinfarkt  ja  nein  
 Adipositas  ja  nein  
 Bluthochdruck  ja  nein  
 Hyperlipidämie  ja  nein  
 Diabetes  ja  nein  
 Osteoporose  ja  nein  
 Schilddrüsenerkrankung  ja  nein  
 Alzheimer-Krankheit  ja  nein  
 Parkinson-Krankheit  ja  nein  
 Krebserkrankung  ja  nein

## Zum Hautprofil

Regelmäßiges Auftragen von Substanzen, die Vitamine/Antioxidantien enthalten  ja  nein  
 Regelmäßiges Auftragen von Substanzen, die Mineralölderivate, Alkohol, Duftstoffe enthalten  ja  nein  
 Make-up  ja  nein  
 Hauttyp  Typ I („weiß“)  
 Typ II („beige“)  
 Typ III („hellbraun“)  
 Typ IV („mittelbraun“)  
 Typ V („dunkelbraun“)  
 Typ VI („schwarz“)

Hautzustand 1  fettig  trocken  sensibel  
 Hautzustand 2  Falten  Akne-Narben  
 Pigmentflecken

UV-Exposition  selten/nie  manchmal  regelmäßig  
 Sonnenbrand  selten/nie  manchmal  regelmäßig

## Einwilligungs- Erklärung

zur genetischen  
Untersuchung  
(Gendiagnostikgesetz)

Patient / in

Name, Vorname

Geburtsdatum:  /  /

Stempel KH / Praxis

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

 Ort, Datum

 Unterschrift (gesetzlicher Vertreter)



F B - G E N 1 - 2