

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!

GEN₂

bio vis[®] DIAGNOSTIK

Biovis Diagnostik MVZ GmbH

Dr. med. Burkhard Schütz

Wissenschaftliche Leitung

Thomas Gugerel¹

Ärztliche Leitung

Dr. med. Herbert Schmidt¹

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

¹Facharzt für Laboratoriumsmedizin

Barcode

Allgemeiner Fragebogen GENETIK

Zur Person

Alter Jahre

Geschlecht w m

Ethnische 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 2 - 1

Fragebogen DETOXgen

Unruhe, Hyperaktivität nie
 manchmal
 regelmäßig

Angstgefühl nie
 manchmal
 regelmäßig

Antriebslosigkeit, Erschöpfung ja nein

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

Kopfschmerzen nie
 manchmal
 regelmäßig

Schwindelgefühl nie
 manchmal
 regelmäßig

Appetitslosigkeit nie
 manchmal
 regelmäßig

Metallgeschmack im Mund nie
 manchmal
 regelmäßig

Infektionen im Mund nie
 manchmal
 regelmäßig

Kribbeln in Händen/Füßen nie
 manchmal
 regelmäßig

Gelenk- und Muskelschmerz nie
 manchmal
 regelmäßig

Unruhiger Schlaf, Schlaflosigkeit nie
 manchmal
 regelmäßig

Aufmerksamkeits-Defizit/
Gedächtnisstörung nie
 manchmal
 regelmäßig

Durchblutungsstörungen nie
 manchmal
 regelmäßig

Anfälligkeit für Infekte ja nein

zu Umwelteinflüssen

Amalgam-Zahnfüllung ja nein

Schwermetalle (z.B. Cadmium, Blei, Quecksilber, etc.) ja nein

Farbe/Lacke, Lösungsmittel, Klebstoffe ja nein

Epoxidharze (z.B. Epoxid-Klebstoffe, etc.) ja nein

Pestizide: Insektizide, Herbizide, etc. ja nein

Polychlorierte Biphenyle (PCBs) (z.B. als Weichmacher in Farben, Klebstoffen, PVC Beschichtungen, etc.) ja nein

Autoabgase (arbeiten/leben in der Stadt) ja nein

Haarfärbemittel ja nein

Zur persönlichen medizinischen Vorgeschichte

Verdauungsstörungen ja nein

Nierenerkrankung ja nein

Erkrankung der Leber ja nein

Hautkrankheit ja nein
 welche?

Entzündliche Erkrankung ja nein
 welche?

Allergien ja nein
 welche?

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

Alopezie (Haarausfall) ja nein

Anämie ja nein

Arthritis ja nein

andere Erkrankung(en)

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)

