Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname und Adresse des Versicherten

geb. am

Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum

☐ **Privatpatient** ☐ männlich
☐ **Selbstzahler** ☐ weiblich
☐ Befundkopie Praxis

Probenentnahme-Uhrzeit

☐ Erstbefund ☐ Folgebefund

Probenentnahme-Datum

☐ deutsch ☐ englisch

biovis' DIAGNOSTICS

Biovis Diagnostik MVZ GmbH

Prof. Dr. med. Burkhard Schütz
Wissenschaftliche Leitung

Dr. med. Susanne Franck[1]
Ärztliche Leitung

Dr. med. univ. Vilmos Fux[1]
Dr. med. Herbert Schmidt[1]
Prof. Dr. med. Michael Kramer[1]
Prof. Dr. med. Dr. phil. Jörg Kriegsmann[2]

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**

[1]Facharzt für Laboratoriumsmedizin
[2]Facharzt für Pathologie

ANFORDERUNGSBOGEN SPH-6

Barcode oder Praxisstempel

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

Speichelanalyse Hormonprofil

Individuelle Profile		Material
Hormonuntersuchung Frau		
☐ 0120	Cortisol, DHEA, Progesteron, Testosteron, Östradiol	T905
Hormonuntersuchung Mann		
☐ 0110	Cortisol, DHEA, Progesteron, Testosteron, Östradiol	T905
Einzelparameter		
☐ 0310	Cortisol	T905
☐ 0320	DHEA	T905
☐ 0330	Progesteron	T905
☐ 0340	Östradiol	T905
☐ 0350	Testosteron	T905
☐ 0355	Östriol	T905

Hinweis: Sollten uns keine Angaben zur Zyklusanamnese vorliegen, kann eine individualisierte Beurteilung nicht erfolgen.

Zyklusanamnese

Probenentnahme am ..... Zyklustag

☐ **regelmäßiger Zyklus**
durchschnittliche Länge .....

☐ **unregelmäßiger Zyklus**
Länge von ..... bis .....
☐ Wechseljahre

☐ **Kein Zyklus**
☐ Menopause
☐ Gebärmutterentfernung

☐ **Schwangerschaft** in der ..... Woche

☐ **Stillt gerade**

Hatten Sie jemals oder aktuell:

☐ **Tumor** (gutartiger oder bösartiger Krebs)
wenn ja, welcher:
.....
Hormonabhängig: ☐ ja ☐ nein

☐ PAP- Diagnose:
.....

☐ Prostatavergrößerung

Wie verhüten Sie aktuell?

☐ **gar nicht**
☐ **Anti-Baby-Pille**
☐ **Hormonspirale**
☐ **Kupferspirale**
☐ **Sonstiges:** .....

Nehmen Sie aktuell Medikamente ein?

☐ **Hormonhaltige Präparate**
(wenn ja, welche): .....
☐ **Psychopharmaka / Antidepressiva / Antiepileptika**
☐ **Schilddrüsenmedikamente**
(wenn ja, welche): .....
☐ **Bluthochdruckmedikamente**
☐ **Magensäureblocker**
☐ **Cholesterinsenker**
☐ **Kortison**
☐ **Andere Präparate**
(wenn ja, welche): .....

Gab es bei Ihnen medizinische Eingriffe?

Wenn ja, welche: .....

Trinken Sie Alkohol?

Wenn ja, wie viel: .....

Beschwerden aktuell und in den letzten 6 Monaten

Beschwerdebild	schwach	stark
Prämenstruelles Syndrom	☐	☐
Stress und Erschöpfung	☐	☐
Schlafstörungen	☐	☐
Gelenkschmerzen	☐	☐
Osteoporose, Osteopenie	☐	☐
Hitzewallungen	☐	☐
Vaginalbeschwerden *(z.B. Trockenheit, Jucken, Brennen)*	☐	☐
Wiederkehrende Harnwegsinfekte	☐	☐
Hashimoto	☐	☐
Schilddrüsenüberfunktion	☐	☐
Schilddrüsenunterfunktion	☐	☐
Kloßgefühl, Druck im Hals	☐	☐
Unerklärliche Gewichtszunahme	☐	☐

Weitere aktuelle oder chronische Erkrankungen: .....

Sollten Sie für Antworten zu bestimmten Fragen mehr Raum benötigen, bitte Beiblatt anheften.

SPH-6-1

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

Anleitung zum Speichelhormontest

Liebe Patientin, lieber Patient,
um eine hohe diagnostische Sicherheit der Speicheluntersuchung zu gewährleisten, beachten Sie bitte genau die Angaben zur Probenentnahme!

Inhalt des Speichel-Testsets:

- **1 x Patientenbogen mit Testanleitung**
- **2 x Probengefäß**
- **1 x Versandtasche**

Wichtige Hinweise, die vor der Testdurchführung zu beachten sind:

Meiden Sie ab 24 Stunden vor dem Test sexuelle Kontakte.

Verzichten Sie am Vortag der Speichelprobe auf Nahrungsmittel wie Fleisch, Milchprodukte, Soja, Gurken und Hülsenfrüchte. Auch dürfen weder Alkohol, Schokolade oder Nikotin konsumiert werden.

Frauen: Der Progesteronspiegel schwankt normalerweise im Verlauf des Monatszyklus. In der ersten Zyklushälfte ist weniger Progesteron nachweisbar, in der zweiten Hälfte steigt der Progesteronspiegel stark an. Es ist daher wichtig, wann Sie den Speicheltest machen.

Der ideale Zeitpunkt liegt bei Frauen, die noch ihren Zyklus haben, am 22. Zyklustag *(+/- 2 Tage)*, auf jeden Fall sollte der Test in der 2. Zyklushälfte gemacht werden.

Wenn Frauen keinen Zyklus mehr haben, spielt es keine Rolle, an welchem Tag der Test durchgeführt wird.

Männer können den Test an jedem Morgen nüchtern durchführen.

Hormonhaltige Medikamente - die Pille, synthetische Hormone und Hormone wie sie in Hormonspiralen, Hormonpflaster, Depotspritzen, etc. vorkommen - bitte im Anamnesebogen mit angeben, da sie bei der Therapie berücksichtigt werden müssen.

Der Test ist am Morgen nüchtern durchzuführen.

Vorgang der Speichel-Entnahme:

- Vor dem Test sollten Sie den Mund gründlich mehrmals mit viel frischem Wasser ausspülen. Danach 5 Minuten warten.
- Zahnfleischbluten kann das Ergebnis verfälschen. Sollten Sie feststellen, dass der Speichel im Teströhrchen eine leicht rosa Farbe aufweist, spülen Sie das Röhrchen aus, warten einige Zeit und wiederholen den Vorgang.
- Sammeln Sie eine ausreichende Menge Speichel im Mundraum und bringen diesen direkt in das Röhrchen mit dem roten Schraubverschluß *(Morgenröhrchen)*. Den Vorgang so oft wiederholen, bis das Röhrchen mindestens bis zur Hälfte gefüllt ist *(auf der Skala ca. 3 ml)* und anschließend gut verschließen.

Bitte beschriften Sie das Röhrchen unbedingt mit Namen und Probenentnahme-Uhrzeit.

Die Mindestfüllmenge ist für die Durchführung aller angeforderten Untersuchungen unbedingt einzuhalten!

- Das zweite Röhrchen mit dem weißen Schraubverschluss 30 Minuten später auf gleiche Weise befüllen.

  Bitte unbedingt ebenfalls mit Namen und Probenentnahme-Uhrzeit beschriften.
- Bis zur Versendung sollten die Speichelproben im Kühlschrank aufbewahrt werden.
- Senden Sie die Speichelproben möglichst umgehend mittels der beiliegenden Versandtasche an biovis'.

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.

- **Ort, Datum** .....
- **Unterschrift Patient (oder gesetzlicher Vertreter)** .....

SPH-6-2

Irrtümer und Änderungen vorbehalten!