

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname und Adresse des Versicherten

geb. am

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Privatpatient männlich

Selbstzahler weiblich Probenentnahme-Uhrzeit

Befundkopie Praxis

gefrorenes Material folgt

Erstbefund Folgebefund Probenentnahme-Datum

deutsch englisch



Biovis Diagnostik MVZ GmbH

Prof. Dr. med. Burkhard Schütz
Wissenschaftliche Leitung

Dr. med. Susanne Franck¹
Ärztliche Leitung

Dr. med. univ. Vilmos Fux¹
Dr. med. Herbert Schmidt¹
Prof. Dr. med. Michael Kramer¹
Prof. Dr. med. Dr. phil. Jörg Kriegsmann²

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 Laboratoriumsmedizin
²Facharzt für Pathologie

ANFORDERUNGSBOGEN

SPH-6

Barcode oder Praxisstempel

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

Hinweis für Expressversand: Proben müssen innerhalb von 24 Stunden im Labor eintreffen!
Versand von Mo. - Do. Bitte keine Proben an Freitagen oder vor Feiertagen einsenden!

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stress und Erschöpfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelenkschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose, Osteopenie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hitzewallungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vaginalbeschwerden (z.B. Trockenheit, Jucken, Brennen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wiederkehrende Harnwegsinfekte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hashimoto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenüberfunktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsenunterfunktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kloßgefühl, Druck im Hals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unerklärliche Gewichtszunahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weitere aktuelle oder chronische Erkrankungen:	



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.



Ort, Datum



Unterschrift (gesetzlicher Vertreter)



S P H - 6 - 2