

Barcode

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten geb. am

Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Dr. med. Burkhard Schütz
Wissenschaftliche Leitung

Thomas Gugerele'
Ärztliche Leitung

Dr. med. Herbert Schmidt'
Dr. med. Klaus G. Wenzel'

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

Postadresse:
Postfach 14 01 19
65208 Wiesbaden

*Facharzt für Laboratoriumsmedizin
*Facharzt für Nervenheilkunde

Seite 1

Bitte keine Heft- und Büroklammern oder Aufkleber verwenden!

| | | |
|--|---------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Privatpatient | <input type="checkbox"/> venöses Blut | <input type="checkbox"/> männlich |
| <input type="checkbox"/> Selbstzahler | <input type="checkbox"/> Kapillarblut | <input type="checkbox"/> weiblich |

| | |
|------------------------|----------------------|
| _ _ : _ _ Uhr | _ _ / _ _ / _ _ |
| Probenentnahme-Uhrzeit | Probenentnahme-Datum |

WICHTIG: Patientenerklärung unterschreiben!

Anforderungsbogen Sportdiagnostik - BASIS

Mikronährstoffe

Mineralstoffe

- E101 Vollblutmineralanalyse Maxi** **NEU** EDTA, Hep
Natrium, Kalium, Calcium, Magnesium, Molybdän,
Eisen, Zink, Kupfer, Selen, Chrom, Mangan,
Phosphor, Bor, Blei, Cadmium, Nickel, Quecksilber,
Aluminium, Arsen, Antimon, Cobalt, Vanadium,
Zinn, Thallium, rotes Blutbild
(keine Bestimmung ohne rotes BB möglich)
- E105 Vollblutmineralanalyse erweitert** **NEU** EDTA, Hep
Natrium, Kalium, Calcium,
Magnesium, Eisen, Zink, Kupfer, Chrom, Mangan,
Selen, Blei, Cadmium, Phosphor, Molybdän,
Nickel, Quecksilber, rotes Blutbild
(keine Bestimmung ohne rotes BB möglich)
- E115 Intrazelluläre Mineralien** **NEU** Hep
Erfasst Zink, Selen, Magnesium, Mangan
u. Kalium in gewaschenen Erythrozyten.
Vorteilhaft bei verminderter Zellzahl (*Anämie*)

Vitamine

- E420 Vitaminprofil** 2S, 2EDTA
Vitamine B6, B12, 25-OH-D3, Folsäure,
Coenzym Q10
- E500 Vitamin B12** S
- E510 Holotranscobalamin** S
- E540 25-OH-Vitamin D3** S
- E590 Coenzym Q10 lipidkorrigiert** S

Makronährstoffe

- E610 Aminosäurestatus** **EXP** EDTA-PI.
24 Aminosäuren
- E644 Fettsäurestatus der Erythrozytenmembranen** **NEU** EDTA
Erfasst nur Fettsäuren in Erythrozytenmembranen,
nicht im Serum oder Plasma

Erschöpfung/Überlastung

- A690 KMO-Aktivität** **NEU** Testset 928
Quinolinsäure, Kynurensäure, KMO-Aktivität
- E240 Lipidperoxidation** S
- E340 Nitrotyrosin** **EXP** EDTA
- E380 LDH und LDH-Isoenzyme** S
- G450 Ultrasensitives CRP** S
- G570 Crosslinks** 2.MU
- N105 Tryptophan, Kynurenin, IDO-Aktivität** **NEU**
(2 vollständig gefüllte Felder) Testset 922
- O200 Cortisol Tagesprofil i. Speichel** Testset Bio1
Cortisol 8 / 12 / 20 Uhr

Darm

**inkl. Befundbeurteilung und
Therapieempfehlung**

- A712A Mikrobiom Mini** **NEU** Fe
Diversität, Enterotyp, relevante Bakterien,
F, prausnitzi, A, muciniphila, **funktionelle Gruppen**
(Equol-, Butyrat-, Histamin-, H2S-Bildung) + **Hefen**
- A712B Mikrobiom Midi** **NEU** Fe
Mikrobiom Mini + **Hefen** + **häufige Parasiten**
- A750 Maldigestion, Malabsorption, MIS** **NEU** Fe
Verdauungsrückstände, Pankreaselastase,
Gallensäuren, alpha-1-Antitrypsin, Calprotectin, slgA
- A501 Leaky Gut** Zonulin, Histamin **NEU** Fe, Testset 909
- A180 Verdauungsrückstände** Fe
Quant. Nachweis von Fett, Stickstoff, Zucker,
Wasser
- A320 Hämoglobin/Haptoglobin** Fe

Unverträglichkeiten

- A480 Gliadin- und Transglutaminase-AK Stuhl** Fe
- B110 Laktose-Atemgastest** Testset 901
- B120 Fruktose-Atemgastest** Testset 900
- C046 IgG4+ - Nahrungsmittelscreen** S
Erfasst die wichtigsten 70
Nahrungsmittelallergene
(35 Einzelallergene und 9 Allergenpools)
- C242 IgG4+ - Kompaktscreen** S
90 Einzelallergene mit Erläuterungen zum
Befund, Therapieempfehlungen und vielfältigen
Rezeptideen
- D290 Eosinophiles kationisches Peptid (ECP)** SZ gefr.

Hormone / Neurotransmitter / Org. Säuren

- E408 Org. Säuren Komplettprofil** Testset 908
Beinhaltet 24 organische Säuren und ermöglicht
Aussagen zu mitochondrialer Energieproduktion,
Vitaminstoffwechsel, Methylierungskapazität
(Folsäurebedarf), oxidativem Stress,
Aminosäurestoffwechsel u.v.m.
- F110 Hormonstatus Frau Basis** S
LH, FSH, Östradiol, Progesteron, Prolaktin
- F140 Hormonstatus Mann Basis** S
LH, FSH, freies Testosteron, Androstendion
- F200 Schilddrüse Basisprofil** S
TSH, fT3, fT4
- F500 Neurotransmitter Basis** Testset 908
Katecholamine (*Adrenalin, Noradrenalin, Dopamin*),
Serotonin
- F510 Neurotransmitter Plus** Testset 908
*Katecholamine (Adrenalin, Noradrenalin, Dopamin),
Serotonin, Glutamat, GABA*

Individuelle Anforderungen:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

1.MU = Erster Morgenurin, 2.MU = Zweiter Morgenurin, Citrat = Citratblut 1:10, CPDAIACDB = Citrat-Transportmed., CP = Citratplasma, CPg = gefrorenes Citratplasma, EDTA = EDTA-Vollblut, EDTA-PI = EDTA-Plasma, **EXP** = Probenabholung oder Expressversand erforderlich, Fe = Stuhl, gefr. = gefroren, HCY = Spezialröhrchen Homocystein, Hep = Heparin Vollblut, = Lichtgeschützt, NaF = Natriumfluorid Vollblut, ObjT = Objektträger, S = Serum, SZ = Serum, unbedingt zentrifugiert (auch bei kurzer Transportzeit), SpeZR = Spezialröhrchen, U24 = Sammelurin über 24h, U24HCl = U24 + Salzsäure angesäuert, U24Ac = U24 + Essigsäure angesäuert, U# = Urin, bei berufl. Exposition nach Schichtende



I A B - 1 2 0 1 2 - 1 - 1

... den Menschen im Auge behalten

ANAMNESEBOGEN

Erstbefund Folgebefund

Labornummern der vorausgegangenen Befunde:

(nicht älter als ca. 1 Jahr)

Patientendaten:

Blutdruck: / mm Hg

Geschlecht: weiblich männlich

Körpergröße: cm Gewicht: kg

Medikamente, Dosierung, Einnahme seit:

Bitte bei Hormonuntersuchungen immer ausfüllen:

Tag der Blutentnahme: / /

Letzte Regelblutung: / /

Zyklusstadium:

- Follikelphase
 Lutealphase
 Ovulationsphase
 Menopause
 Postmenopause

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"/> Ulcusleiden |
| <input type="checkbox"/> Obstipation | <input type="checkbox"/> Zöliakie |
| <input type="checkbox"/> Pankreasinsuff. exokrin | <input type="checkbox"/> Stomatitis |
| <input type="checkbox"/> Reizdarm | |

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"/> Pollinosis |
| <input type="checkbox"/> Neurodermitis | |

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 Name, Vorname Geburtsdatum: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> | Stempel KH / Praxis <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Datum</td> <td style="width: 33%;">Name des Arztes</td> <td style="width: 33%;">Unterschrift</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> | Datum | Name des Arztes | Unterschrift | | | |
| 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)

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)



I A B - 1 2 0 1 2 - 1 - 2