

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

**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 |

<input type="text"/> : <input type="text"/> Uhr Probenentnahme-Uhrzeit	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Probenentnahme-Datum
---	--

**WICHTIG: Patientenerklärung unterschreiben!**

Biovis Diagnostik MVZ GmbH

**Dr. med. Burkhard Schütz**

Wissenschaftliche Leitung

**Thomas Gugerel<sup>1</sup>**

Ärztliche Leitung

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

**Dr. med. Klaus G. Wenzel<sup>2</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)

**Postadresse:**

Postfach 14 01 19

65208 Wiesbaden

<sup>1</sup>Facharzt für Laboratoriumsmedizin

<sup>2</sup>Facharzt für Nervenheilkunde

Barcode

## Anforderungsbogen Silent Inflammation und TRP-Metabolismus

**Reizdarmsyndrom, unklare Abdominalbeschwerden, Stress** Material/Menge

- |                               |                                |             |
|-------------------------------|--------------------------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> A670 | Tryptophan + Histamin im Stuhl | Testset 909 |
| <input type="checkbox"/> A410 | Histamin im Stuhl              | Testset 909 |

**Tryptophanversorgung im Darm**

- |                               |                     |             |
|-------------------------------|---------------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> A651 | Tryptophan im Stuhl | Testset 909 |
|-------------------------------|---------------------|-------------|

**IDO-Aktivität**

- |                               |                                      |      |          |
|-------------------------------|--------------------------------------|------|----------|
| <input type="checkbox"/> N105 | Kynurenin, Tryptophan, IDO-Aktivität | DBS* | 2 Felder |
| <input type="checkbox"/> A680 | Kynurenin, Tryptophan, IDO-Aktivität | S    | 2 ml     |

**KMO-Aktivität**

- |                               |   |             |
|-------------------------------|---|-------------|
| <input type="checkbox"/> A690 | Quinolin-, Kynureninsäure, KMO-Aktivität Urin | Testset 928 |
|-------------------------------|---|-------------|

**Serotonin-, Melatoninbildung**

- |                               |                                 |             |        |
|-------------------------------|---------------------------------|-------------|--------|
| <input type="checkbox"/> N120 | Serotonin                       | DBS**       | 1 Feld |
| <input type="checkbox"/> O360 | Melatonin (Nachtspeichel) 2 Uhr | Testset 923 |        |

**Einflussfaktoren Fettsäuren** (DHA + EPA hemmen IDO, DHA hemmt KMO)

- |                                |            |       |        |
|--------------------------------|------------|-------|--------|
| <input type="checkbox"/> E650  | Fettsäuren | Se    | 2 ml   |
| <input type="checkbox"/> N1010 | Fettsäuren | DBS** | 1 Feld |

**Einflussfaktor Vitamin D** (Fördert 5-HTP-Bildung)

- |                               |   |    |      |
|-------------------------------|---|----|------|
| <input type="checkbox"/> E540 | 25-OH-Vitamin D3<br>(fördert TRP 5-HTP) | Se | 1 ml |
|-------------------------------|---|----|------|

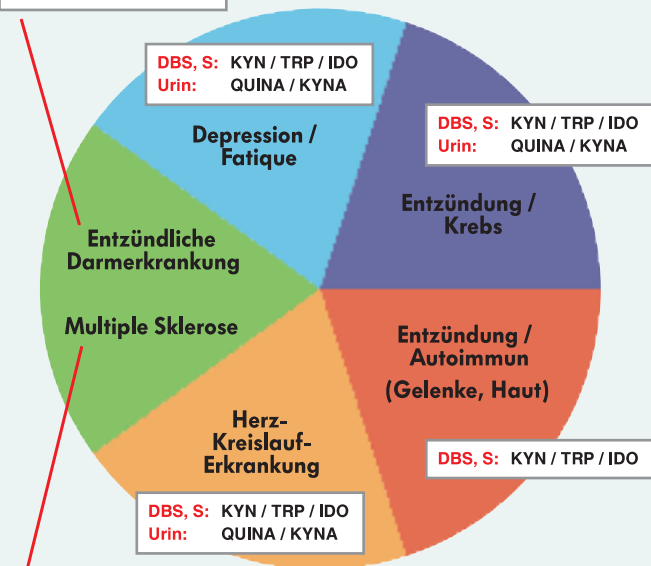
**Erläuterungen:**

DBS\* nicht stabilisierte Felder außerhalb der Kästchen

DBS\*\* stabilisierte Filter in eingerahmten und beschrifteten Kästchen  
 Felder bitte vollständig füllen!

DBS = Dry Blood Spot, Fe = Stuhl, Se = Serum, T909 = Testset Tryptophan + Histamin im Stuhl,  
 T923 = Testset Melatonin-Bestimmung, T928 = Testset KMO-Aktivität

**Stuhl:** TRP  
**Urin:** QUINA / KYNA  
 Optional:  
 DBS, S: KYN / TRP / IDO



**Stuhl: TRP909**

- Reizdarmsyndrom
- Schmerzsymptomatik
- Verdauungsstörungen
- rezidiv. Candidiasis
- Unklarer TRP-Mangel

**KYN:** Kynurenin  
**TRP:** Tryptophan  
**QUINA:** Quinolinsäure  
**KYNA:** Kynureninsäure  
**IDO:** IDO-Aktivität  
**DBS:** Drybloodspot  
**S:** Serum

### 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)



A B - S I - 3