

Patienten-Identifikation (Name, Vorname, Geb.dat., Adresse)	Behandler (Name, Adresse)
---	---------------------------

Untersuchungsauftrag

Bitte auf Seite 4 unterschreiben und Anamnese genau ausfüllen!

Abnahmedatum _____ Eingangsdatum _____ Labor-Nr. _____

Gewünschte Untersuchung (bitte ankreuzen)

1. **Vollständige mikrobiologische Darmflora-Analyse
quantitativer Nachweis von aeroben und anaeroben Bakterien, sowie Hefen und anderen Pilzen € 90,00**
2. **Gezielte Kontrolluntersuchung auf _____ Preis je nach
Anforderung**
3. **Pilzdifferenzierung mit Antimycogramm, zusätzlich zur vollständigen Darmfloraanalyse,
sonst als Folgeuntersuchung mit Neueinsendung 0 / 1 / 2 / 3 Species € 26,00 / 48,00 / 69,00 / 90,00**
4. **Gezielte Clostridien- und Bacteroides- Diagnostik, zusätzlich zur vollständigen
Darmfloraanalyse, sonst als Folgeuntersuchung mit Neueinsendung negativ € 99,00 / positiv 150,00**
5. **Nachweis von Clostridium difficile-Enterotoxin € 29,00**
6. **Nachweis von Clostridium perfringens-Enterotoxin € 29,00**
7. **Nachweis von Helicobacter pylori-Antigen € 59,00**
8. **Quantitative Bestimmung der pankreatischen Elastase im Stuhl € 28,00**
9. **Quantitative Bestimmung der Anti-Transglutaminase sIgA € 27,50
(Test auf Glutenintoleranz – Zöliakie, Sprue)**
10. **Quantitative Bestimmung des sekretorischen IgA im Stuhl / Speichel € 28,00**
- 11 a. **Quantitativer Nachweis von Lactoferrin im Stuhl (Entzündungsmarker) € 38,00**
- 11 b. **Quantitativer Nachweis von Alpha-1-Antitrypsin (Entzündungsmarker) € 28,00**
- 11 c. **Quantitativer Nachweis von Calprotectin (Entzündungsmarker) € 28,00**
12. **Nachweis von Rotaviren / Adenoviren im Stuhl € 29,00**
13. **Nachweis von Parasiten im Stuhl € 16,50**
14. **Nachweis von Giardia lamblia / Cryptosporidium parvum € 29,00**
15. **Nachweis von okkultem Blut im Stuhl (Hämoglobin / Haptoglobin) € 16,40**
16. **Nachweis von Histamin im Urin € 38,00**
17. **Sonstige Untersuchungen siehe Blatt 2**

Untersuchung auf Nahrungsmittelintoleranzen / diverse Allergien (Serumprobe!)

Vorscreen (erfasst ca.90 % der Nahrungsmittelallergien durch IgE-Ak, 95 % der IgG ₄ vermittelten Unverträglichkeiten)	€ 29,14
IgG4 Nahrungsmittelscreen erfasst die 90 wichtigsten Nahrungsmittelallergene (35 Einzelantigene und 10 Allergenpools)	€ 76,00
IgE Nahrungsmittelscreen erfasst die wichtigsten 90 Nahrungsmittelallergene (35 Einzelallergene und 10 Allergenpools)	€ 76,00
Einzelcreening o. g. positiv getesteter Allergenpools	
Milchpool: Ziegenmilch, Schafsmilch, Stutenmilch, Lactalbumin (Kuh), Lactoglobulin (Kuh)	€ 58,30
Hülsenfrüchte: grüne Erbse, Johannisbrotkernmehl, Kichererbse, Linse, Süßlupine	€ 58,30
Gemüse: Fenchel, Kartoffel, Endivie, Weißkohl, Champignon	€ 58,30
Obst: Erdbeere, Zitrone, Melone, Papaya, Kirsche, Mango	€ 72,85
Getreide (glutenhaltig): Dinkel, Kamut, Wildreis, Malz, Gerste	€ 58,30
Getreide (glutenfrei): Reis, Mais, Hirse, Quinoa, Amaranth	€ 58,30
Gewürzpool: Kümmel, Dill, Vanille, Zimt, Muskat	€ 58,30
Fleisch: Schwein, Lamm, Huhn, Pute, Ente	€ 58,30
Fisch: Barsch, Seelachs, Thunfisch, Lachs, Hering, Krabbe,	€ 72,85
Nüsse / Samen: Cashewnüsse, Walnuss, Paranuss, Sonnenblumenkerne, Leinsamen,	€ 58,30

Fragebogen zu Ernährungs- und Lebensgewohnheiten

Wie ernähren Sie sich?

<u>Fleischprodukte:</u>	<u>Milchprodukte:</u>	<u>Gemüse/Obst:</u>	<u>Getreide</u>
<input type="checkbox"/> Kalb	<input type="checkbox"/> Rohmilch	<input type="checkbox"/> Kohlsorten	<input type="checkbox"/> Vollkornbrot grob
<input type="checkbox"/> Schwein	<input type="checkbox"/> pasteur. Milch	<input type="checkbox"/> Hülsenfrüchte	<input type="checkbox"/> Vollkornbrot fein
<input type="checkbox"/> Rind	<input type="checkbox"/> Quark	<input type="checkbox"/> Wurzelgemüse	<input type="checkbox"/> Mischbrot
<input type="checkbox"/> Geflügel	<input type="checkbox"/> Frischkäse	<input type="checkbox"/> Blattsalate	<input type="checkbox"/> Weißbrot
<input type="checkbox"/> Fisch	<input type="checkbox"/> Hartkäse	<input type="checkbox"/> Rohkostsalate	<input type="checkbox"/> Müsli
<input type="checkbox"/> Meeresfrüchte	<input type="checkbox"/> stark gereifter Käse	<input type="checkbox"/> Obst	<input type="checkbox"/> Kuchen/Gebäck
<input type="checkbox"/> Wild	<input type="checkbox"/> Joghurt	<input type="checkbox"/> andere Gemüse	<input type="checkbox"/> Mehlspeisen
<input type="checkbox"/> Lamm	<input type="checkbox"/> Molkegetränke	<input type="checkbox"/> Pilze	<input type="checkbox"/> Frischkornbrei
<input type="checkbox"/> Wurstwaren	<input type="checkbox"/> Butter		

sonstige Anmerkungen: _____

Bevorzugen Sie fettes Essen? ja nein

Wer bereitet Ihre Mahlzeiten zu?

selbst zubereitet Kantine Restaurant Schnellimbiss

Welche Mahlzeiten nehmen Sie zu sich?

Frühstück Mittagessen Abendessen Zwischenmahlzeiten, ca. Stück

Allgemeine Lebensgewohnheiten:

Fernreisen Streß Raucher Bewegungsmangel
 Alkohol Übergewicht sonstiges: _____

Stuhlgewohnheiten:

Blähungen Verstopfung Durchfall beides im Wechsel

Stuhlgang _____ mal/Tag oder Stuhlgang _____ mal/Woche

Stuhlkonsistenz, überwiegend fest hart geformt ungeformt
 weich flüssig mit unverdauten Resten

Hinweis: Für den Fall, daß bei der Untersuchung Erreger ansteckender und / oder meldepflichtiger Erkrankungen gefunden werden, sind wir verpflichtet umgehend Ihren Arzt oder Heilpraktiker zu informieren.

Befunddaten: Das Original des Befundes senden wir an Ihren Arzt oder Heilpraktiker:

Wenn das Ergebnis der Stuhluntersuchung eine dysbiotische Darmflora zeigt, empfehlen wir zur Substitution der Darmflora und zur Immunstimulation die Einnahme individueller Symbiontenkulturen. Die Trägersubstanz für die Laktobazillen und Bifidobakterien besteht aus Eiweißhydrolysat (hypoallergene Säuglingsnahrung).

Kostenübernahme

Ich erkläre die Übernahme der Kosten für die angeforderten und ggf. zusätzlich erforderlichen Untersuchungen. Ich bin darüber aufgeklärt worden, daß eine Übernahme der Kosten durch meine gesetzliche oder private Krankenversicherung oder durch Beihilfestellen nicht zwingend erfolgen muß. Ich erkläre die Bezahlung der anfallenden Kosten unabhängig von der Erstattung durch eine solche Stelle; für die Untersuchung von Minderjährigen erkläre ich dies als gesetzlicher Vertreter.

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Für weitere Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Nicht ausreichend frankierte Einsendungen werden mit 8,33 Euro berechnet, da diese Sendungen in der Hauptpost (im Stadtzentrum) abzuholen sind!

Vielen Dank für Ihre Mühe beim Erstellen dieses Anforderungsbogens. Wir weisen ausdrücklich darauf hin, daß es sich bei unserem Institut um eine **ärztlich geführte Einrichtung** handelt und Ihre Angaben deswegen in jedem Fall der **ärztlichen Schweigepflicht** unterliegen.

Mit freundlichen Grüßen
Ihr **PROBIOS**-Team