

Patienten-Identifikation

Name

\_\_\_\_\_

Vorname

\_\_\_\_\_

Geb.dat.

\_\_\_\_\_

Adresse

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



PROBIOS

Untersuchungsauftrag

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
2. **Gezielte Kontrolluntersuchung auf** \_\_\_\_\_
3. **Pilzdifferenzierung mit Antimycogramm, zusätzlich zur vollständigen Darmfloraanalyse, sonst als Folgeuntersuchung mit Neueinsendung**
4. **Gezielte Clostridien- und Bacteroides- Diagnostik, zusätzlich zur vollständigen Darmfloraanalyse, sonst als Folgeuntersuchung mit Neueinsendung**
5. **Nachweis von Clostridium difficile-Enterotoxin**
6. **Nachweis von Clostridium perfringens-Enterotoxin**
7. **Nachweis von Helicobacter pylori-Antigen**
8. **Quantitative Bestimmung der pankreatischen Elastase im Stuhl**
9. **Quantitative Bestimmung der Anti-Transglutaminase sIgA**  
(Test auf Glutenintoleranz – Zöliakie, Sprue)
10. **Quantitative Bestimmung des sekretorischen IgA im Stuhl / Speichel**
11. **Quantitativer Nachweis von Lactoferrin im Stuhl (Entzündungsmarker)**
12. **Nachweis von Rotaviren / Adenoviren im Stuhl**
13. **Nachweis von Parasiten im Stuhl**
14. **Nachweis von okkultem Blut im Stuhl**
15. **Sonstige Untersuchungen** \_\_\_\_\_

## Hinweis

Für den Fall, daß bei der Untersuchung Erreger ansteckender und/oder meldepflichtiger Erkrankungen gefunden werden, wünsche ich folgendes Vorgehen:

Information meines Arztes.

Name/Adresse (Stempel)
------------------------

Weiterleitung der Stuhlprobe an ein mikrobiologisches Facharztlabor zur weiteren Untersuchung (Rechnung an mich).

## Befunddaten

Möchten Sie eine kostenlose Kopie des Befundes ?     ja     nein

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

Name/Adresse (Stempel)
------------------------

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 Bifidokulturen besteht aus Eiweißhydrolysat (hypoallergene Säuglingsnahrung).

Ich möchte sogleich Kulturen bestellen     ja     nein  
Bitte senden Sie die Kulturen an folgende Apotheke:

Name/Adresse
--------------

## Kostenübernahme

Ich erkläre die Übernahme der Kosten für die angeforderten Untersuchungen laut der mir vorliegenden Preisliste. Ich bin ich 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

**Sind Ihnen Allergien oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten bekannt?**

Kuhmilch                       andere \_\_\_\_\_

**Welche Medikamente nehmen oder nahmen Sie ein?**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Antibiotika         | <input type="checkbox"/> Beruhigungsmittel | <input type="checkbox"/> Vitamin A oder E Kuren |
| <input type="checkbox"/> Abführmittel        | <input type="checkbox"/> Schmerzmittel     | <input type="checkbox"/> Antimycotika           |
| <input type="checkbox"/> Gallepräparate      | <input type="checkbox"/> Eisenpräparate    | <input type="checkbox"/> Laktobazillenkulturen  |
| <input type="checkbox"/> Insulin             | <input type="checkbox"/> Anti-Epileptika   | <input type="checkbox"/> Bifidokulturen         |
| <input type="checkbox"/> sonstige Präparate: |  |   |
- 

**Bestehen Erkrankungen an folgenden Organen?**

- |                                    |  |  |                                |
|------------------------------------|--|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Leber     | <input type="checkbox"/> Bauchspeicheldrüse  | <input type="checkbox"/> Atemwegen     | <input type="checkbox"/> Gebiß |
| <input type="checkbox"/> Harnwegen | <input type="checkbox"/> HNO-Bereich         | <input type="checkbox"/> Gallenblase   | <input type="checkbox"/> Mund  |
| <input type="checkbox"/> Gelenken  | <input type="checkbox"/> Autoimmunerkrankung | <input type="checkbox"/> Schleimhäuten | <input type="checkbox"/> Haut  |

**Erkrankungen des Verdauungstraktes im Speziellen:**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mundschleimhautentzündung | <input type="checkbox"/> Gastritis         | <input type="checkbox"/> Magengeschwüre     |
| <input type="checkbox"/> Colitis mucosa            | <input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa  | <input type="checkbox"/> Morbus Crohn       |
| <input type="checkbox"/> Anus praeter              | <input type="checkbox"/> Dünndarmoperation | <input type="checkbox"/> Blinddarmoperation |
| <input type="checkbox"/> Dickdarmoperation         | <input type="checkbox"/> Enterocolitis     | <input type="checkbox"/> Pilzerkrankung     |

**Unter welcher (n) schulmedizinischen Diagnose(n) werden Ihre Beschwerden zur Zeit behandelt?**

\_\_\_\_\_

**Schilderung des Hauptgrundes für die Durchführung der mikrobiol. Diagnostik und Therapie:**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Verdauungsbeschwerden     | <input type="checkbox"/> reduzierte Infektabwehr | <input type="checkbox"/> Allergie       |
| <input type="checkbox"/> Tumorerkrankungen         | <input type="checkbox"/> Autoimmunerkrankung     | <input type="checkbox"/> Hauterkrankung |
| <input type="checkbox"/> vorsorgliche Untersuchung |  |   |

**Schilderung des Beschwerdebildes**

