



Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geboren am:
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Einsender

Auftrag / DFÜ-Nr.

Patientendaten
<input type="checkbox"/> männlich
<input type="checkbox"/> weiblich
Rechnungsempfänger
<input type="checkbox"/> Einsender
<input type="checkbox"/> Patient

Arzt-Unterschrift

Material	Stuhl (haselnussgroße Portion)
Entnahme-Datum	_ _ _ _ _ _ _
Uhrzeit	_ _ _
Telefon	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Fax	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Anforderung intestinale Mikrobiom-Analytik

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Starke Gewichtsänderung (>10 kg) in den letzten Jahren: _____

Klinische und weitere Angaben:

Hinweis: Ohne klinische und anamnestische Angaben ist eine detaillierte Beurteilung nicht möglich. Bitte beachten Sie auch den **umseitigen Patientenfragebogen!**

Diagnose/Verdachtsdiagnose _____

Anamnese: _____

Feld für Auftragsnummer Labor

Hiermit bestätige ich die Übernahme der Kosten
Selbstzahler: 198,00 €

Datum: Unterschrift Patientin / Patient

Mikrobiom-Analytik - Fragebogen für Patienten

1. Essgewohnheiten

- vegetarisch
- vegan
- ohne Einschränkungen

2. Nahrungsergänzungsmittel (z.B. Probiotika, Vitamine)

- nein
- ja, welche: _____

3. Labordiagnostisch bestätigte Nahrungsmittel-Intoleranzen

- nein
- ja, welche _____

4. Antibiotika

Haben Sie in den letzten 6 Monaten Antibiotika genommen

- nein
- ja, welche: _____

4.1 Weitere Medikamente

5. Erkrankungen des Verdauungstraktes

- Zöliakie
- Krebs
- Morbus Crohn
- Colitis ulcerosa
- Pseudomembranöse Colitis
- Laktoseunverträglichkeit
- andere: Magen-/Darmgeschwür
- Operationen (v.a. Magen/Darm)

6. Chronische Grunderkrankungen

- Asthma
- Bluthochdruck
- Diabetes
- Allergien
- sonstige _____

7. Genussmittel

- Rauchen

8. Selbsteinschätzung (bei Probennahme)

- gesund
- krank
- Beschwerden