

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr. Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

weiblich schwanger

männlich

bei Säuglingen

gestillt bis

teilgestillt

nicht gestillt

Letzte Befundnummer

Uhrzeit der Probeentnahme

Datum der Probeentnahme



INSTITUT FÜR MIKROÖKOLOGIE

Postfach 1765 · D-35727 Herbord
☎ 0 27 72/9 81-0 · Fax 0 27 72/9 81-151

Privatpraxis
Dr. med. Kerstin Rusch

Formular Auftragsnummer Arzt/Therapeut

KyberStatus

Parasitolog Untersuchung

Pathogene Keime

Pilzdiagnostik

KyberPlus

Immun/Allergiediagnostik

Selbstzahler/Privat

- Selbstzahlender, gesetzlich versicherter Patient. Kassendaten nicht vergessen!
 - Verrechnung ärztlicher Leistungen (Abrechnung über medi.Sumpf GmbH)
 - Privatversichert
- Selbstzahler-Einwilligung zur gemeinsamen PVS Abrechnung bitte beilegen!

Stuhl

- a7) KyberKompakt**
Komplettanforderung
Quantitative bakteriologische und mykologische Stuhldiagnostik inklusive Pathogenitätsfaktoren (25°C und 37°C Wachstum + Chlamydosporen)
- a1) KyberStatus**
Quantitative bakteriologische Stuhldiagnostik
- b1) KyberMyk**
Quantitative mykologische Stuhldiagnostik inklusive Pathogenitätsfaktoren (25°C und 37°C Wachstum + Chlamydosporen)
- Gesamtkeimzahl (nur mit b1)
- Antimykogramm (nur mit b1)
- zusätzliche Pathogenitätsfaktoren (nur mit b1)
(saure Aspartylprotease und Keimschlauchbildner)
- a10) Faecalibacterium prausnitzii**
Im Rahmen der Abklärung eines entzündlichen Prozesses im Darm **NEU**
- KyberPlus**
Komplettanforderung
oder
biochemische Stuhldiagnostik
oder
Einzelparameteranforderung
- d1) Verdauungsrückstände**
- d2) Pankreasspezifische Elastase 1**
Maldigestion, Pankreasinsuffizienz
- d3) Sekretorisches IgA**
Beurteilung der Schleimhautimmunität
- d11) EPX (Eosinophiles Kationisches Protein X)**
- d13) β-Defensin 2**
Mukosale Barrierefunktion
- Entzündungsmarker**
- d5) α-1 Antitrypsin**
intestinale Schleimhautpermeabilität
- d12) Calprotectin**
spezifischer intestinaler Entzündungsmarker (Granulozytenprotein)
- d6) Lysozym**
intestinale Leukozytenaktivität
- d7) Laktoferrin**
spezifischer intestinaler Entzündungsmarker
- Blutungs- und Tumormarker**
Komplettanforderung
oder
Einzelanforderung
- d8) Hämoglobin**
- d9) Hämoglobin – Haptoglobin-Komplex**
Nachweis von humanem Hämoglobin bei intestinalen Minimalblutungen
- d10) M2PK Tumormarker**
zum Ausschluss colorectaler Polypen+Karzinome
- f1) Zöliakie**
- f2) Anti-Gliadin Antikörper**
- f3) Anti-Transglutaminase Antikörper**

Blut

- Typ-I Allergie**
(Serum oder Vollblut)
Einzelheiten entnehmen Sie bitte der "Zusatzinformation zur Allergiediagnostik"

Bitte beachten: Bei Privatversicherten kann bei einem gewählten Antikörper (IgE oder IgG4) je Untersuchungsauftrag nur einer der nachfolgend aufgeführten Suchtests (i9 oder i19) angekreuzt werden. Alternativ können max. 2 Einzelallergen-Gruppen (aus i10-i18 sowie i20-i25) angekreuzt werden.

Wird nur eine Einzelallergen-Gruppe ausgewählt, ist die gleichzeitige Bestimmung beider Antikörper (IgE und IgG4) möglich.
- IgE IgG4
- i9) Nahrungsmittelallergen-Suchtest**
umfasst die 30 wichtigsten Nahrungsmittelallergene in 10 Einzelallergenen (i10 + i11) und 4 Allergenmischungen (i12 - i15). Deckt 90% aller Nahrungsmittelallergien ab.
- Nahrungsmittel-Einzelallergen-Gruppen**
- i10) Nahrungsmittel 1:** Vollei, Kuhmilch (roh), Weizen, Soja, Kabeljau
- i11) Nahrungsmittel 2:** Erdnuss, Haselnuss, Sellerie, Senfkorn, Krabbe
- i12) Nahrungsmittel 3:** Mandel, Pfirsich, Sesam, Karotte, Tomate
- i13) Nahrungsmittel 4:** Roggen, Hafer, Erbse, Ananas, Apfel
- i14) Gemüse:** Paprika, Bohne (weiß), Brokkoli, Gurke, Zwiebel
- i15) Früchte:** Kirsche, Erdbeere, Banane, Orange, Kiwi
- i16) Gewürze:** Vanille, Curry, Knoblauch, Muskat, Pfeffer
- i17) Getreide, glutenfrei:** Reis, Mais, Amaranth, Hirse, Quinoa
- i18) Milch:** Casein, α-Lactalbumin, β-Lactoglobulin, Ziegenmilch, Schafsmilch
- IgE IgG4
- i19) Inhalationsallergen-Suchtest**
umfasst die 30 wichtigsten Baum- und Gräserpollen, Tierepithelien, Schimmelpilze und Milben in 10 Einzelallergenen (i20 + i21) und 4 Allergenmischungen (i22 - i25).
- Inhalations-Einzelallergen-Gruppen**
- i20) Inhalationsallergene 1:** Birke, Hasel, Erle, Lieschgras, Roggenpollen
- i21) Inhalationsallergene 2:** Beifuß, Spitzwegerich, D. pteronyss., D. farinae, Latex
- i22) Gräser:** Ruchgras, Lolch, Wiesenschwingel, Wiesenrispengras, Knäuelgras
- i23) Kräuter:** Raps, Löwenzahn, weißer Gänsefuß, Brennnessel, beifußbl. Ambrosie
- i24) Tierepithelien:** Katze, Hund (Haare), Pferd, Kaninchen, Meerschweinchen
- i25) Schimmelpilze:** Pen. notatum, Asp. fumigatus, Clad. herbarum, Candida albicans, Alternaria tenuis

Andere Materialien

- a2) Kompletanforderung**
Bakteriologische und mykologische Untersuchung eines Vaginalabstriches
oder
Einzelanforderung
- β-B-Streptokokken (z.B. Schwangere)
- Kultivierbare Flora (z.B. H₂O₂-Lactos, Candida spp. etc.)
- Mykoplasma spp.
- Atopobium vaginae
- Gardnerella vaginalis
- Trichomonas vaginalis
- z3) Aromatogramm (nur mit a2)**
(kultivierbare Flora)
- b2) Antimykogramm (nur mit a2)**
- a8) Chlamydia trachomatis**
- a9) Neisseria gonorrhoeae**
Spezialtupfer für Chlamydien und Neisseria oder Primärstrahlurin
- a5) PapilloCheck**
Spezialtupfer für HPV/Zervikalabstrich
Nachweis von 24 humanen Papilloma Typen
- UrogenitalStatus Mann**
- a4) Kompletanforderung**
Ejakulat
oder
Einzelanforderung
- Gardnerella vaginalis
- Trichomonas vaginalis
- Candida spp.
- Atopobium vaginae
- Mykoplasma spp.
- a8) Chlamydia trachomatis**
- a9) Neisseria gonorrhoeae**
Primärstrahlurin
- a3) Bakteriologische Untersuchung (Wund-, Rachenabstrich, Urin etc.)**

Material _____
- z3) Aromatogramm (nur mit a3)**
- b5) Mykologische Untersuchung (Rachenabstrich, Urin etc.)**

Material _____
- z3) Aromatogramm (nur mit b5)**
- b2) Antimykogramm (nur mit b5)**
- b3) Pathogenitätsfaktoren (nur mit b5)**

Bitte Innenteil beachten! →

Bitte wie angezeigt mit dickem schwarzen Strich markieren!

Formular Nr. 171.15 20.000 05.10

Stuhl

Enteropathogene Erreger & Parasiten

- c1 Stuhluntersuchung auf enteropathogene Erreger
- c2 Enteropathogene E. coli mittels PCR
- c3 Stuhluntersuchung auf Parasiten, Wurmeier, Würmer etc.
- c4 Untersuchung auf Oxyuren (Klebestreifentest auf Objektträger)

- e1 **Helicobacter pylori**
Nachweis einer Besiedlung mit Helicobacter pylori

- h4 **Histaminbestimmung**
Im Rahmen der Abklärung einer Histaminintoleranz
(Bitte beachten: Spezialversandgefäß Stuhl zur Histaminbestimmung)

- h3 **Nachweis histaminbildender Mikroorganismen incl. Histaminbestimmung**
Im Rahmen der Abklärung einer Histaminintoleranz
(Bitte beachten: Ein Stuhlröhrchen + ein Spezialversandgefäß Stuhl zur Histaminbestimmung)

- a6 **Bifidobacterium bifidum Bifidobacterium adolescentis**
Nachweis einer kleinkind-gerechten Bifidobakterienmikrobiota

Blut

- i7 **Einzelallergene** (auf separatem Formular)
Je Untersuchungsauftrag können bis zu 10 Einzelallergene sowie 4 Allergenmischungen angefordert werde.

Typ-III Allergie

(Serum oder Vollblut)

Bitte auf Seite 4 den Hauptgrund für die Allergiediagnostik ankreuzen.

- k4 KyberAllergoPlex44
- k1 ImuPro300
- k2 ImuPro Screening + ImuPro300 (nur bei positivem Screening)
- k3 ImuPro Screening

Immundiagnostik

Lymphozyten-Phänotypisierung und großes Blutbild

(Heparin-Vollblut – nicht gekühlt – Expressversand)

- i1 Unklare Immundefekte
- i2 Tumor-Panel
- i3 HIV-Panel

Sonstige Untersuchungen

- e4 **Helicobacter pylori**
(Serum oder Vollblut)

Nachweis einer Infektion mit Helicobacter pylori

- e3 Antikörpernachweis
IgG IgA
- e2 Pathogenitätsfaktoren
IgG IgA

- f1 **Zöliakie** (Serum oder Vollblut)

- f2 Anti-Gliadin Antikörper
IgG IgA
- f3 Anti-Transglutaminase Antikörper
IgG IgA

- h1 **Diaminoxidase (DAO)**

(Serum oder Vollblut)

Beurteilung des Histaminabbaus im Rahmen der Abklärung einer Histaminintoleranz

- b4 **Pilzserologie**

(Serum oder Vollblut)

Antikörper gegen Candida/Aspergillus

- | | IgA | IgG | IgM | IgE |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> Candida | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Aspergillus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Andere Materialien

Kohlenhydratintoleranzen

(H₂-Atemgastest)

- g1 Laktose
- g2 Fruktose
- g3 Sorbit



Bitte die gewünschten Diagnostik-Profile ankreuzen.

n1 DarmProfil - Unklare Abdominalbeschwerden (Material Stuhl)

Zur Ermittlung der Ursachen unklarer Abdominalbeschwerden.

KyberKompakt, Verdauungsrückstände, pankreasspez. Elastase, slgA, α -1 Antitrypsin, Hämoglobin, Hämoglobin-Haptoglobin-Komplex, EPX, Calprotectin, M2-PK

n4 DarmProfil Allergie/Intoleranz für Erwachsene und Kinder ab 4 Jahren (Material Stuhl)

(Bitte beachten: Ein Stuhlröhrchen + ein Spezialversandgefäß Stuhl zur Histaminbestimmung)

Beurteilung, ob Triggerfaktoren, übermäßige Histaminkonzentration, Schleimhautpermeabilität (α -1-Antitrypsin) oder IgE vermittelte Nahrungsmittelallergien Ursachen für die Symptomatik sind.

Bakteriologische und mykologische Stuhluntersuchung, EPX, Calprotectin, α -1 Antitrypsin, Histaminbestimmung im Stuhl

n5 DarmProfil Allergierisiko für Kinder bis 3 Jahre (Material Stuhl)

Erlaubt Aussagen, ob die allergischen Symptome auf einer Fehlbesiedelung des Darmlumens (Candida, Bifidobakterien) oder einer Fehlregulation des schleimhautassoziierten Immunsystems beruhen.

Differenzierung einer kindgerechten Bifidobakterienmikrobiota, slgA, α -1 Antitrypsin, Candida

n9 DarmProfil Tumorprävention (Material Stuhl)

Gibt Hinweise auf intestinale Polypen und Karzinome
Tumormarker M2-PK, Hämoglobin, Hämoglobin-Haptoglobin-Komplex

n10 DarmProfil Verdacht auf Histaminintoleranz (Material Stuhl und Serum oder Vollblut)

(Bitte beachten: Ein Stuhlröhrchen + ein Spezialversandgefäß Stuhl zur Histaminbestimmung + einmal Serum oder Vollblut)

Bei Symptomen wie Flush, Migräne, Abdominalbeschwerden, Herzrhythmusstörungen, Tachykardie, Dysmenorrhö, u.a..

Beurteilung der Histaminkonzentration (Histaminbestimmung-Stuhl, h4), des Histaminabbaus (Diaminoxidase-Serum oder Vollblut, h1) und des Vorliegens mikrobiell gebildeten Histamins (Nachweis histaminbildender Mikroorganismen-Stuhl, h3).

Individuelle Praxisprofile

- Praxisprofil 1
- Praxisprofil 2
- Praxisprofil 3

Erstellen Sie gemeinsam mit uns Ihr individuelles Praxisprofil.

Einverständnis- und Datenschutzerklärung Patient/in

Hiermit beauftrage ich das Institut für Mikroökologie mit der Durchführung der angekreuzten Untersuchungen und verpflichte mich, die anfallenden Gesamtkosten zu zahlen.

- Ich bin **privat** versichert und möchte die markierten ärztlichen und labormedizinischen Leistungen in Anspruch nehmen. Die Leistungen werden entsprechend der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abgerechnet. Mir ist bekannt, dass einzelne private Krankenkassen die Kosten nicht oder nur teilweise übernehmen.
- Als **selbstzahlender, gesetzlich versicherter Patient** möchte ich die markierten ärztlichen und labormedizinischen Leistungen als individuelle Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen. Mir ist bekannt, dass die oben aufgeführten Leistung(en) zwar sinnvoll sind, das Maß einer medizinisch unbedingt notwendigen Versorgung jedoch übersteigen und deshalb nicht von den gesetzlichen Krankenkassen vergütet werden. Mir ist ferner bekannt, dass meine gesetzliche Krankenkasse nicht verpflichtet und auch nicht berechtigt ist, die dadurch entstehenden Kosten zu erstatten und der Rechnungsbetrag somit von mir zu zahlen ist.

Die Abrechnung der durchgeführten ärztlichen und labormedizinischen Leistungen erfolgt über das Institut für Mikroökologie oder die privatärztliche Abrechnungsstelle medi.Sumpf GmbH. Mit der Weitergabe der zur Rechnungsstellung, zum Einzug und zur Abtretung notwendigen Daten an diese Abrechnungsstelle bin ich einverstanden.

Meine Ärztin / mein Arzt hat mich darüber aufgeklärt.

Ich bin damit einverstanden, dass die zur individuellen Befundbeurteilung benötigten Behandlungsdaten und Angaben dem Institut für Mikroökologie von meinem behandelnden Arzt zur Verfügung gestellt und gespeichert werden. Meine Daten werden vertraulich behandelt und vom Institut für Mikroökologie nicht an Dritte weitergegeben.

Datum _____

Unterschrift _____

Bitte Rückseite unbedingt ausfüllen!

Zur individuellen Befundbeurteilung benötigen wir unbedingt die folgenden Angaben

Bitte hier den Hauptgrund für die Durchführung der Mikrobiologischen Therapie + Diagnostik markieren

- gastrointestinale Beschwerden
- reduzierte Infektabwehr
- Allergie
- Autoimmunerkrankung
- Sonstiges

Diagnostische Angaben (Mehrfach-Nennungen möglich)

1. Gastrointestinale Erkrankungen und Beschwerden

- K58.9 Reizdarm - Syndrom
- K52.9 Diarrhoe unkl. Genese
- K59.0 Obstipation
- R14 Meteorismus
- K86.8 Pankreasinsuffizienz
- K80.20 Gallensteine
- B37.8 V. a. Candidabesiedlung
- K90.9 V. a. Malabsorption
- K30 V. a. Maldigestion
- K90.4 V. a. Nahrungsmittel-unverträglichkeit (z.B. auf Laktose, Gluten etc.)
- E73.9 bekannte Laktoseintoleranz
- E74.1 Fruktoseintoleranz Sorbitintoleranz
- K90.0 bekannte Zöliakie
- K51.9 CED – Colitis ulcerosa
- K50.9 CED – Morbus Crohn
- K31.9 Magenerkrankungen mit Antacidatherapie

K76.9 Hepatopathie

Sonstige Diagnosen _____

2. Erkrankungen der Atemwege und im HNO-Bereich

- J31.0 Rhinitis
- J03.9 Tonsillitis
- H66.9 Otitis media
- J32.9 Sinusitis
- J42 Bronchitis
- J44.9 COPD
- J45.9 Asthma bronchiale

Sonstige Diagnosen _____

3. Erkrankungen des Urogenitaltraktes

- N20.0 Nierensteine
- B49 Genitalmykose
- N30.9 Cystitis
- N12 Pyelonephritis

Sonstige Diagnosen _____

4. Erkrankungen der Haut

- L70.9 Akne
- L02.9 Furunkulose
- L08.0 Pyodermie
- B36.9 Hautmykose
- L40.9 Psoriasis
- L30.9 Dermatitis n. n. b.

Sonstige Diagnosen _____

5. Allergie/Atopische Erkrankungen

- L20.8 Neurodermitis/atop. Ekzem
- L50.9 rez. Urtikaria
- J30.1 Pollinose
- J30.3 inhalative Allergie
- J45.0 allerg. Asthma bronchiale
- T78.1 Nahrungsmittelallergie bekannt
- T78.1 V. a. Nahrungsmittelallergie
- T78.4 Pseudoallergie

Sonstige Diagnosen _____

6. Autoimmunerkrankungen

- M06.99 Rheumatoide Arthritis
- M45 M. Bechterew
- M32.9 Lupus erythematoses
- D86.9 Sarkoidose
- N02.8 IgA-Nephritis
- E06.3 Autoimmunthyreoiditis
- G35 M. S. (Enceph. Diss.)

Sonstige Diagnosen _____

7. Endokrine Erkrankungen

- E10.8 Diabetes mellitus Typ I
- E11.8 Diabetes mellitus Typ II
- E05.9 Hyperthyreose

Sonstige Diagnosen _____

8. Maligne Erkrankungen

Sonstige Diagnosen _____

9. Sonstige Erkrankungen

Tuberkulose im Jahre

Typhus/Parat. im Jahre

Hepatitis A B C D im Jahre

Sonstige Diagnose _____

Kostenlose indikationsbezogene Ernährungsempfehlung (soweit möglich) erwünscht

Therapeutische Angaben

<input type="checkbox"/> Antibiotika	in den letzten 3 Monaten <input type="checkbox"/>	wiederholt <input type="checkbox"/>	Dauertherapie <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Corticoide	in den letzten 6 Monaten <input type="checkbox"/>	wiederholt <input type="checkbox"/>	Dauertherapie <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> nichtsteroidale Antirheumatika	in den letzten 6 Monaten <input type="checkbox"/>	wiederholt <input type="checkbox"/>	Dauertherapie <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Chemotherapie/Zytostase	in den letzten 12 Monaten <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sonstige Medikation/Therapie _____
<input type="checkbox"/> Radiatio	in den letzten 12 Monaten <input type="checkbox"/>		

Derzeit durchgeführte Mikrobiologische Therapie

<input type="checkbox"/> Bisher noch keine Mikrobiologische Therapie			
<input type="checkbox"/> Pro-Symbioflor	von <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	bis <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	
<input type="checkbox"/> Symbioflor 1	von <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	bis <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	
<input type="checkbox"/> Symbioflor 2	von <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	bis <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	
andere mikrobielle Präparate _____			
<input type="checkbox"/> Laktobazillen	von <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	bis <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	
<input type="checkbox"/> Bifidobakterien	von <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	bis <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	
<input type="checkbox"/> Laktobazillen + Bifidobakterien	von <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	bis <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	
<input type="checkbox"/> Autovaccine	von <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	bis <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>	

Klinischer Verlauf unter der Mikrobiologischen Therapie

- positiv
- wechselnd
- Status idem
- negativ

Bemerkungen / zusätzliche Angaben