



Humangenetik

Dr. med. Imma Rost
Dr. med. Sandra Dölken

Laboratoriumsmedizin

Dr. med. Leon Holzscheiter
Dr. med. Hanns-Georg Klein

Transfusionsmedizin

Dr. med. Kaimo Hirv
Dr. med. Leon Holzscheiter

Pathologie

Prof. Dr. med. Barbara Dockhorn-Dworniczak
PD Dr. med. Marcus Kremer

Mikrobiologie/Virologie

Dr. med. Hartmut Campe
Dr. med. Hanns-Georg Klein

enteralis™ - Test (Mikrobiomanalyse)

Name, Vorname (Pat.) _____
Geburtsdatum: _____ Geschlecht: m w
Straße: _____
PLZ, Wohnort: _____
Geburtsort: _____
Telefon: _____

Adresse behandelnder Arzt / Therapeut

Befundbericht senden an: Patient Arzt / Therapeut

Auftrag/Indikation - Diagnose/Verdacht

Auftrag zur Durchführung des enteralis™ - Tests

Hiermit beauftrage ich das MVZ Martinsried mit der Durchführung einer Mikrobiomanalyse. Die Leistung ist nicht Bestandteil der Regelversorgung und wird als individuelle Gesundheitsleistung (IGeL) berechnet.

- Einmalige Analyse **299,00 €**
 Zwei Analysen im Verlauf (z.B. vor und nach Behandlung) **549,00 €**
 1. Analyse 2. Analyse

Einwilligung zur Datenspeicherung und Verwertung

- Hiermit bin ich einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten elektronisch gespeichert werden.
- Hiermit bin ich einverstanden, dass die Ergebnisse meiner Mikrobiomanalyse elektronisch gespeichert werden.
- Hiermit bin ich einverstanden, dass meine Daten für den Vergleich von Mikrobiomuntersuchungen verwendet werden.

Ort, Datum, Unterschrift der Patientin/des Patienten

Nach der Mikrobiomanalyse sollen meine Daten gelöscht werden.

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Starke Gewichtsänderung (> 10kg) in den letzten Jahren

Fragebogen

Datum der Probenentnahme:

Essgewohnheiten

- vegetarisch
 vegan
 ohne Einschränkungen
 sonstige: _____

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

- nein
 ja, welche _____

Obst und Gemüse

- täglich
 ein- bzw. mehrmals wöchentlich
 seltener

Alkoholkonsum-Gewohnheiten

- täglich
 ein- bzw. mehrmals wöchentlich
 seltener

Milchprodukte

- täglich
 ein- bzw. mehrmals wöchentlich
 seltener

Labordiagnostisch bestätigte Nahrungsmittel-Intoleranzen

- nein
 ja, welche _____

Letzte Diät

Datum: _____
welche: _____

Rauchen

- ja, wieviele: _____ früher nein

Antibiotika

Haben Sie in den letzten 6 Monaten Antibiotika genommen? ja nein

Erkrankungen des Verdauungstraktes

- Zöliakie
 Krebserkrankung
 Magen
 Darm
 Magen-/Darmgeschwür
 Operationen (V.a. Magen/Darm)
- Morbus Crohn
 Colitis ulcerosa
 Pseudomembranöse Colitis
 Laktoseunverträglichkeit
 andere: _____

(Chronische) Grunderkrankungen

- Asthma
 Bluthochdruck
 Diabetes
 Allergien
 sonstige: _____

Geburtsart

- vaginal
 Kaiserschnitt

Wurden Sie als Kind gestillt?

- ja
 nein

Stuhlgang/Stuhlform nach der Bristol-Stuhlformskala (s. Rückseite)

- 1 2 3 4 5 6 7

Stuhlfrequenz

- mehrmals täglich
 täglich
 mehrmals wöchentlich

Selbsteinschätzung (bei Probennahme)

- gesund krank

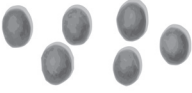
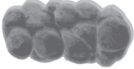


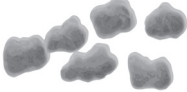
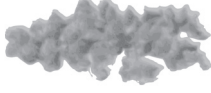

Beschwerden: _____

Sport/körperliche Aktivität (wie oft?)

- kein Sport gelegentlich regelmäßig Leistungssport



Bristol-Stuhlformskala

Typ 1		Einzelne, feste Kügelchen (schwer auszuscheiden)
Typ 2		Wurstartig, klumpig
Typ 3		Wurstartig mit rissiger Oberfläche
Typ 4		Wurstartig mit glatter Oberfläche
Typ 5		Einzelne weiche, glattrandige Klümpchen (leicht auszuscheiden)
Typ 6		Einzelne weiche Klümpchen mit unregelmäßigen Rand
Typ 7		Flüssig, ohne feste Bestandteile