Patientenname	Geschlecht
Vorname	Geb. Datum
Straße, Haus-Nr.	
PLZ Ort	
Probenentnahme-Datum: Uhrzeit:	bitte angeben!

LABOR DR. BAYER

LABOR DR. BAYER
Kompetenzzentrum für komplementärmedizinische Diagnostik der SYNLAB MVZ Leinfelden-Echterdingen GmbH

Nikolaus-Otto-Str. 6 | 70771 Leinfelden-Echterdingen
Tel. +49 711 164 18-0 | Fax +49 711 164 18-18
info@labor-bayer.de | www.labor-bayer.de

SYNLAB

00060028 02

LABORAUFTRAGSSCHEIN

Stand 10/24 A

Stuhldiagnostik

☐ Befundkopie an Patient

Einsenderstempel

Kostenträger
Patient ist
- ☐ privat versichert
- ☐ gesetzl. vers. (IGeL)
- ☐ PVS-Privat vers.
- ☐ PVS-IGeL

Praxisleistungen (GOÄ-Ziffer)
- ☐ Beratung < 10 min (1)
- ☐ Beratung > 10 min (3)
- ☐ Bespr. > 20 min (34)
- ☐ Probenentnahme (250 1,8-fach)

Größe _____ cm Gewicht _____ kg Blutdruck _____

Praxis-Ident.

Bitte freilassen!

	Material
Molekulargenetische Stuhlanalyse Mikrobiom	
☐ MikrobiomTest Bakteriom + Pilze, Dysbiose-Index, Diversität, Enterotypen, funktionelle Gruppen **+ extend** *(Zusatzauswertung ohne zusätzliche Kosten)* ☐ Reizdarm ☐ Adipositas/Gewichtsabnahme ☐ Endometriose/Dysmenorrhoe	NGS, Fae
☐ MikrobiomTest **+ Leaky Gut** *Mikrobiom Test* + α-1-Antitrypsin, Zonulin	NGS, Fae
☐ MikrobiomTest **+ Inflam** *Mikrobiom Test* + Calprotektin, Lactoferrin	NGS, Fae
☐ MikrobiomTest **+ Immunität** *Mikrobiom Test* + sekret. IgA, ß-Defensin	NGS, Fae
☐ MikrobiomTest **+ Reizdarm** *Mikrobiom Test* + Pankreas-Elastase, Gallensäuren, Calprotektin, Lactoferrin, Zonulin, α-1-Antitrypsin, sekret. IgA	NGS, Fae
Stuhlprofile	
☐ **Basisprofil Dysbiose** *Kultureller Florastatus, pH, Verdauungsrückstände, Gallensäuren, Pankreas-Elastase, Calprotectin, Lactoferrin, α1-Antitrypsin, sIgA*	2 Fae
☐ **Profil Reizdarm** *Kultureller Florastatus, pH, Verdauungsrückstände, Pankreas-Elastase, Calprotectin, Lactoferrin, α1-Antitrypsin, ß-Defensin, Zonulin, EDN, sIgA*	2 Fae
☐ **Profil chron. entz. Darmerkrankungen** *Kultureller Florastatus, pH, Verdauungsrückstände, Pankreas-Elastase, Calprotectin, Lactoferrin, α1-Antitrypsin, EDN*	2 Fae
☐ **Profil Maldigestionssyndrom** *Kultureller Florastatus, pH, Verdauungsrückstände, Gallensäuren, Pankreas-Elastase, Calprotectin, Lactoferrin, α1-Antitrypsin*	2 Fae
☐ **Profil Leaky-Gut-Syndrom** *Kultureller Florastatus, pH, Verdauungsrückstände, α1-Antitrypsin, Calprotectin, ß-Defensin, Zonulin, sIgA, Histamin*	2 Fae, FaeS
☐ **Profil Atopien** *Kultureller Florastatus, pH, Verdauungsrückstände, Pankreas-Elastase, EDN, α1-Antitrypsin, ß-Defensin, Zonulin, sIgA, Calprotectin, Histamin*	2 Fae, FaeS

	Material
Einzelparameter	
☐ **Kultureller Florastatus + Pilze** Bakterien aerob, Bakterien anaerob, Pilze, pH-Wert	Fae
☐ Pilze	Fae
☐ pH-Wert	Fae
☐ Verdauungsrückstände	Fae
Spezielle Stuhlparameter	
☐ Hämoglobin *(iFOBT)*	iFOBT
☐ M2-PK	Fae
☐ Calprotectin	Fae
☐ Lactoferrin	Fae
☐ Pankreas-Elastase	Fae
☐ Gallensäuren, gesamt	Fae
☐ α1-Antitrypsin	Fae
☐ Sekret. IgA *(sIgA)*	Fae
☐ EDN *(Eosinophil-derived Neurotoxin)*	Fae
☐ Histamin	FaeS
☐ ß-Defensin	Fae
☐ Zonulin	Fae
☐ Anti-Gliadin-Ak	Fae
☐ Helicobacter pylori Antigen	Fae

Fae = Stuhl (nativ)
FaeS = Spezialgefäß für Histamin im Stuhl
iFOBT = Spezialgefäß für iFOBT-Analyse
NGS = Spezialgefäß für NGS Diagnostik

Wir bitten um Beachtung:
Bei Anforderung von Verdauungsrückständen zusätzlich zu anderen Stuhluntersuchungen werden ***2 Stuhlgefäße (nativ)*** *benötigt.*

Patienten- und Datenschutzerklärung finden Sie auf der Rückseite. Bitte unterschreiben und mit dem Auftragsschein an uns zurücksenden!

LABOR DR. BAYER

PATIENTENERKLÄRUNG

Ich beauftrage das Labor Dr. Bayer mit der Durchführung der angeforderten Leistungen. Zusätzlich zu den Leistungen wird ein Auslagenersatz in Höhe von 5,95 € berechnet. Preisänderungen vorbehalten.

DATENSCHUTZERKLÄRUNG

Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogene Daten (Art. 4 Nr. 2 DSGVO) durch die SYNLAB MVZ Leinfelden-Echterdingen GmbH, die SYNLAB Holding Deutschland GmbH und ggf. die Partnerlabore und ihre Mitarbeiter zur Erbringung der angeforderten Analysen, deren Auswertung, Übermittlung und Speicherung von Befunden und den dazugehörigen Informationen, für mich persönlich gespeichert und verarbeitet werden (Art. 6 Abs. 1 lit b DSGVO).
Ich willige ein, dass aufgrund der verschiedenen gesetzlichen Aufbewahrungspflichten meine Daten bis zu 30 Jahre gespeichert werden können. Mir ist bewusst, dass ich die Berichtigung, Einschränkung der Verarbeitung oder Löschung meiner personenbezogenen Daten verlangen kann (Art. 16, 17 und 18 DSGVO), soweit nicht gesetzliche Aufbewahrungspflichten entgegenstehen. Darüber hinaus habe ich das Recht auf die Herausgabe der von mir bereitgestellten Daten (Art. 20 DSGVO). Mir ist bewusst, dass ich die Möglichkeit habe, mich mit einer Beschwerde an die Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden.

*Bitte geben Sie hier ein **persönliches Kennwort** für die Befundabfrage an.*

Datum *Unterschrift (Erziehungsberechtigte/r bei Kindern)*