

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



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



00060021 02

LABORAUFRAGSSCHEIN

Stand 5/22 D

Stuhldiagnostik



Befundkopie an Patient

Einsenderstempel	Kostenträger Patient ist	Praxisleistungen (GOÄ-Ziffer)	Praxis-Ident.
	<input type="checkbox"/> privat versichert <input type="checkbox"/> gesetzl. vers. (IGeL) <input type="checkbox"/> Abrechnung über Verrechnungsstelle PVS	<input type="checkbox"/> Beratung < 10 min (1) <input type="checkbox"/> Beratung > 10 min (3) <input type="checkbox"/> Bespr. > 20 min (34) <input type="checkbox"/> Probenentnahme (250 1,8-fach)	
Größe _____ cm		Gewicht _____ kg Blutdruck _____	

Bitte freilassen!

	Material
Dysbiose-Profile	
<input type="checkbox"/> Basisprofil Dysbiose Florastatus, pH, Verdauungsrückstände, Gallensäuren, Pankreas-Elastase, Calprotectin, Lactoferrin, α-1-Antitrypsin, sekret. IgA	2 x Fae
<input type="checkbox"/> Reizdarm Florastatus, pH, Verdauungsrückstände, Pankreas-Elastase, Calprotectin, Lactoferrin, α-1-Antitrypsin, β-Defensin, Zonulin, Eosinophil-Derived Neurotoxin, sekret. IgA	2 x Fae
<input type="checkbox"/> Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen Florastatus, pH, Verdauungsrückstände, Pankreas-Elastase, Calprotectin, Lactoferrin, Eosinophil-Derived Neurotoxin, α-1-Antitrypsin	2 x Fae
<input type="checkbox"/> Maldigestions-Syndrom Florastatus, pH, Verdauungsrückstände, Gallensäuren, Pankreas-Elastase, Calprotectin, Lactoferrin, α-1-Antitrypsin	2 x Fae
<input type="checkbox"/> „Leaky-Gut-Syndrom“ Florastatus, pH, Verdauungsrückstände, α-1-Antitrypsin, Calprotectin, β-Defensin, Zonulin, sekret. IgA, Histamin	2 x Fae + FaeHis
<input type="checkbox"/> Atopien Florastatus, pH, Verdauungsrückstände, Pankreas-Elastase, Eosinophil-Derived Neurotoxin, α-1-Antitrypsin, β-Defensin, Zonulin, sekret. IgA, Calprotectin, Histamin	2 x Fae + FaeHis
Einzeluntersuchungen	
<input type="checkbox"/> Florastatus (Bakterien aerob, Bakterien anaerob, Pilze)	Fae
<input type="checkbox"/> Pilze (Candida und Aspergillus)	Fae
<input type="checkbox"/> Verdauungsrückstände*	Fae
<input type="checkbox"/> Helicobacter pylori Antigen	Fae

	Material
Basisprofile	
<input type="checkbox"/> Verdauungsleistung Verdauungsrückstände, Gallensäuren, Pankreas-Elastase	2 x Fae
<input type="checkbox"/> Schleimhautimmunität sekret. IgA, Eosinophil-Derived Neurotoxin, β-Defensin	Fae
<input type="checkbox"/> Schleimhautentzündung Calprotectin, Lactoferrin, Hämoglobin (iFOBT)	Fae + iFOBT
<input type="checkbox"/> Schleimhautpermeabilität Zonulin, α-1-Antitrypsin, Histamin	Fae + FaeHis
<input type="checkbox"/> Tumorverdacht / Blut im Stuhl Calprotectin, Hämoglobin (iFOBT), M2-PK	Fae + iFOBT
<input type="checkbox"/> Diarrhoe Histamin, Calprotectin, Gallensäuren	Fae + FaeHis
Einzelparameter	
<input type="checkbox"/> Hämoglobin (iFOBT)	iFOBT
<input type="checkbox"/> M2-PK	Fae
<input type="checkbox"/> Calprotectin	Fae
<input type="checkbox"/> Lactoferrin	Fae
<input type="checkbox"/> Pankreas-Elastase	Fae
<input type="checkbox"/> Gallensäuren, gesamt	Fae
<input type="checkbox"/> α1-Antitrypsin	Fae
<input type="checkbox"/> Sekretorisches IgA	Fae
<input type="checkbox"/> Eosinophil-Derived Neurotoxin (EDN)	Fae
<input type="checkbox"/> Histamin	FaeHis
<input type="checkbox"/> β-Defensin 2	Fae
<input type="checkbox"/> Zonulin	Fae
<input type="checkbox"/> Anti-Gliadin-IgA	Fae
<input type="checkbox"/> pH-Wert	Fae

iFOBT = Spezialgefäß für iFOBT-Analyse, Fae = Stuhl (nativ), FaeHis = Spezialgefäß für Histamin im Stuhl

*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 Auftragschein an uns zurücksenden!





PATIENTENERKLÄRUNG

Privatpatient

Ich beauftrage das Labor Dr. Bayer mit der Durchführung der angeforderten Untersuchung, die mir als Patient durch das Labor gemäß dem 1,15-fachen Satz der GOÄ zuzüglich eines Auslagenersatz von € 5,95 berechnet werden. Je nach Versicherungstarif können von der PKV/Beihilfestelle möglicherweise nicht alle Leistungen übernommen werden.

Gesetzlich versichert

Ich beauftrage das Labor Dr. Bayer mit der Durchführung der angeforderten Leistungen. Die Berechnung erfolgt auf Basis der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ 1,0) nach den ausgewiesenen Preisen. Mir ist bekannt, dass die von mir gewünschten Leistungen nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherungen gehören, nicht Bestandteil der ärztlichen Grundversorgung sind und kein Anspruch auf Erstattung der Leistung durch die gesetzliche Krankenkasse besteht.

PVS

Ich bin damit einverstanden, dass alle zur Rechnungsstellung notwendigen Daten an die PVS bayern AG, Arnulfstraße 31, 80636 München weitergeleitet werden und die Rechnungsanforderungen der beteiligten Ärzte sowie des o.g. Labors an die PVS bayern AG zum Einzug übergeben und ggf. abgetreten werden. Ich erhalte über die in der Praxis anfallenden Behandlungskosten und die Kosten des Labors von der PVS bayern AG eine gemeinsame Rechnung. Die PVS bayern AG nimmt dann die Aufteilung und Überweisung des Honorars an den jeweiligen Arzt bzw. an das Labor vor.

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.

E-Mail-Adresse eintragen

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

Datum

Unterschrift (Erziehungsberechtigte/r bei Kindern)