



Auftragsformular Allergiediagnostik

Name:
 Vorname:
 Strasse:
 PLZ/Wohnort:
 Geb.-Dat.:
 Tel. Nr. :

Praxisstempel / Unterschrift

männlich weiblich

Rechnung an Patienten
 Praxis

- | | |
|--|---------------------------|
| 3266 <input type="checkbox"/> PräScreen Kombi (IgG / IgG4) | 2 x Serum |
| 9906 <input type="checkbox"/> Allergo-Screen Basic IgG/IgG4 (falls Präscreen positiv) | |
| 9907 <input type="checkbox"/> Allergo-Screen Plus IgG/IgG4 (falls Präscreen positiv) | |
| <input type="checkbox"/> Allergo-Screen Spezial IgG/IgG4 (falls Präscreen positiv) | |
| 3201 <input type="checkbox"/> PräScreen Allergie (IgE / IgG4) | 2 x Serum |
| 9901 <input type="checkbox"/> Allergo-Screen Basic IgG4 (falls Präscreen positiv) | |
| 9902 <input type="checkbox"/> Allergo-Screen Plus IgG4 (falls Präscreen positiv) | |
| 3202 <input type="checkbox"/> Allergo-Screen IgE (falls Präscreen positiv) | |
| 3318 <input type="checkbox"/> PräScreen Multi (Präscreen Kombi + Präscreen Allergie) | 2 x Serum |
| 9906 <input type="checkbox"/> Allergo-Screen Basic IgG (88 Einzelallergene) | 1 x Serum |
| 9901 <input type="checkbox"/> Allergo-Screen Basic IgG4 (88 Einzelallergene) | 1 x Serum |
| 9907 <input type="checkbox"/> Allergo-Screen Plus IgG (280 Einzelallergene) | 2 x Serum |
| 9902 <input type="checkbox"/> Allergo-Screen Plus IgG4 (280 Einzelallergene) | 2 x Serum |
| 8288 <input type="checkbox"/> Kochrezeptbuch (nur zu Allergo-Screen Basic/Plus) | |
| IGGOR <input type="checkbox"/> Allergo-Screen Spezial IgG (16 Einzelallergene) | 1 x Serum |
| <input type="checkbox"/> Allergo-Screen Spezial IgG4 (16 Einzelallergene) | 1 x Serum |
| 3203 <input type="checkbox"/> Allergo-Screen 65 IgG4 (14 Einzelallergene / 10 Pools) | 2 x Serum |
| 3202 <input type="checkbox"/> Allergo-Screen IgE (43 Nahrungsmittelallergene) | 1 x Serum |
| 3102 <input type="checkbox"/> Allergo-Screen Inhalation IgE (36 Inhalationsallergene) | 1 x Serum |
| 3206 <input type="checkbox"/> Allergo-Screen Schimmelpilze IgE | 1 x Serum |
| 3207 <input type="checkbox"/> Allergo-Screen Schimmelpilze IgG | 1 x Serum |
| 3240 <input type="checkbox"/> Gesamt-IgE | 1 x Serum |
| 3242 <input type="checkbox"/> Histamin im Urin | 2. Morgenurin stab. |
| 3243 <input type="checkbox"/> Diaminoxidase (DAO)(Histaminosen) | 1 x Serum |
| 4202 <input type="checkbox"/> Glutenunverträglichkeit i. Serum | 1 x Serum |
| Gladin-IgA-/IgG-AK, Transglutaminase-IgA-/IgG-AK | |
| 3401 <input type="checkbox"/> Allergo-Screen Pseudoallergie | 2 x EDTA |
| 14 Lebensmittelfarb- und -zusatzstoffe (3 Pools) | Expressversand (*) |
| 3302 <input type="checkbox"/> Allergo-Screen Typ IV-Allergie (LTT) | 2 x Spezialröhrchen |
| 23 Nahrungsmittel (4 Pools) | Expressversand (*) |

Für Poolaufschlüsselungen, Einzelanforderungen und weitere Allergietests im Bereich der Pseudoallergien sowie Schwermetall-Allergien Typ IV (LTT) wenden Sie sich bitte direkt an unsere Kundenberatung. ▶▶▶▶▶▶



Patientendaten		Name/Vorname: _____	
Körpergrösse:	_____ cm	Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich
Gewicht:	_____ kg		<input type="checkbox"/> weiblich
Geb.-Dat.:	_____		<input type="checkbox"/> Kind
Klinische Angaben, Verdachtsdiagnosen		Vorbefunde-Nr.: _____	
_____		Grössere operative Eingriffe: _____	
_____		_____	
Ernährungsgewohnheiten		Stuhlgewohnheiten	
<input type="checkbox"/> Mischköstler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> mehrmals/Tag	<input type="checkbox"/> 1/Tag
<input type="checkbox"/> Vegetarier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> > 2-3/Woche	<input type="checkbox"/> <2-3/Woche
<input type="checkbox"/> Veganer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1/Woche	<input type="checkbox"/> unregelmässig
Nahrungsmittelallergie/-unverträglichkeit			
gegen _____			

Gastro-intestinale Beschwerden			
<input type="checkbox"/> Blähungen, Flatulenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Durchfall, chronisch	<input type="checkbox"/> Reizdarm (Colon irritabile)
<input type="checkbox"/> Colitis ulcerosa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Magenentzündung	<input type="checkbox"/> Verstopfung
<input type="checkbox"/> Durchfall, akut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Morbus Crohn	<input type="checkbox"/> _____
Weitere Beschwerden		Medikamenteneinnahme	
<input type="checkbox"/> Chronische Müdigkeit	<input type="checkbox"/>	Handelsname _____	
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/>	seit _____	
<input type="checkbox"/> Infektanfälligkeit	<input type="checkbox"/>	Dosierung _____	
<input type="checkbox"/> Rheumatische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Schilddrüsenüberfunktion	<input type="checkbox"/>		

(*) Wichtiger Versandhinweis für Pseudoallergien (CAST-Elisa) sowie Allergien Typ IV (LTT):
Expressversand nötig, die Proben können von Montag bis Donnerstag im Labor abgearbeitet werden. Die Blutproben müssen jeweils bis spätestens 10:00 Uhr bei der ORTHO-Analytic AG eintreffen.

Hiermit erkläre ich meine Einwilligung zu den veranlassten Untersuchungen. Ich nehme zur Kenntnis, dass diese Leistungen nicht von den Krankenkassen übernommen werden müssen. Eine individuelle Rückvergütung ist je nach Zusatz-Versicherung möglich.

Datum: Unterschrift:

