

Auftragsformular Stuhldiagnostik

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

Praxisstempel / Unterschrift

Rechnung an: Patienten
 Praxis

Material: 1 x Stuhl

- 1101 **Florastatus**
quantitative bakt. u. mykol.
Untersuchung, Hefen, Schimmelpilze
- 1102 **Gesundheitscheck Darm**
Florastatus, Verdauungsrückstände,
 α -1-Antitrypsin, Calprotectin, EPX,
Gallensäuren, Pankreaselastase, s-IgA
- 1103 **Mykologische Stuhluntersuchung**
Hefen, Schimmelpilze
- 1108 **Enteropathogene Keime**
Campylobacter, EHEC, Salmonellen,
Shigellen, Yersinien
- 1109 **Virale Durchfallerreger**
Adeno-, Astro-, Norwalk-, Rota-Viren
- 1116 **Allergo-Screen Darmcheck**
Florastatus, Verdauungsrückstände,
bakterielle Spaltungsaktivität Fruktose u.
Sorbit, EPX, α -1-Antitrypsin, Calprotectin,
Gliadin-AK, Transglutaminase-AK
- 1117 **Clostridium difficile, Kultur u. Toxinnachweis**
- 1123 **PräScreen Darm**
Verdauungsrückstände, Lactobacillen
- 1127 **Darmcheck Kinder**
Florastatus, α -1-Antitrypsin, Calprotectin,
EPX, s-IgA
- 1132 **EHEC (Enterohämorrhagische E. Coli)**
- 1201 **Tumor-M2-PK**
- 1202 **Tumor-M2-PK Kombinationstest**
Calprotectin, Hämoglobin, Tumor M2-PK,
Hämoglobin-Haptoglobin-Komplex
- 1203 **Entzündliche Darmerkrankungen**
Calprotectin, Hämoglobin, Lactoferrin,
Lysozym, PMN-Elastase
- 1205 **Helicobacter pylori-Antigen**
- 1206 **Verdauungsrückstände**
quantitativer Nachweis von Fett, Stärke,
Stickstoff, Wasser, Zucker
- 1207 **Maldigestion**
Pankreas-Elastase, Gallensäuren
- 1208 **Malabsorption**
 α -1-Antitrypsin, Calprotectin
- 1210 **bakterielle Spaltungsaktivität**
Fruktose-, Sorbit-, Xylitspaltung
- 1211 **Gliadin-Ak (polyvalent),
Transglutaminase-AK (polyvalent)**
- 1219 **Parasitologische Untersuchung**
(1260) immunologisch (Amöben, Cryptosporidien,
Lamblien)
- 1220 **Parasitologische Untersuchung**
(1261) mikroskopisch (Blastocystis hominis, Würmer,
Wurmeier)
- 1223 **Eosinophiles Protein X (EPX)**
- 1224 **β -Defensin 2**
- 1225 **α -1-Antitrypsin**
- 1230 **Calprotectin**
- 1231 **Hämoglobin**
- 1232 **Hämoglobin-Haptoglobin-Komplex**
- 1233 **Lactoferrin**
- 1234 **Lysozym**
- 1235 **Pankreas-Elastase**
- 1236 **PMN-Elastase**
- 1241 **sekretorisches IgA**
- 1250 **Schleimhautimmunität**
sekretorisches IgA, β -Defensin 2



Autonosoden:

4 individuell abgestimmte Antigenstärken (z.B. D4, D3, D2, und D1). Bei Herstellungsauftrag ohne gleichzeitige Flora-analyse wird eine Kostenpauschale von CHF 25 für Isolierung und Anzucht geeigneter Bakterienstämme berechnet.

E. coli-VACC oral

- 1104 alkoholische Dilution
- 1105 Globuli (Streukügelchen)

Staph-VACC oral

- 1106 alkoholische Dilution
- 1107 Globuli (Streukügelchen)

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		Handelsname _____	
<input type="checkbox"/> Diabetes		seit _____	
<input type="checkbox"/> Infektanfälligkeit		Dosierung _____	
<input type="checkbox"/> Rheumatische Erkrankungen			
<input type="checkbox"/> Schilddrüsenüberfunktion			

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 Zusatzversicherung möglich.

Datum:

Unterschrift: