

**Patient/-in** bitte unbedingt Adresse angeben (Druckbuchstaben)

Name, Vorname, Adresse: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Rechnung an (bei Kindern): \_\_\_\_\_

**Entnahme der Probe am:** \_\_\_\_\_ **Station:** \_\_\_\_\_

Telefon bei Rückfragen: \_\_\_\_\_



**Labor L+S AG**  
 Mangelsfeld 4, 5, 6  
 97708 Bad Bocklet-Großenbrach  
 Fon 0 97 08/91 00-3 00  
 Fax 0 97 08/91 00-50  
 E-Mail diagnostik@enterosan.de · Internet www.enterosan.de

**Befundadresse**

Name, Vorname, Praxisadresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Rechnung bitte an:**  Therapeut/-in  Patient/-in  
**Befund bitte an:**  Therapeut/-in  Patient/-in

**Allgemeine Informationen**

**Auftrag/Indikation - Diagnose/Verdacht**

\_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ cm Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Starke Gewichtsänderung (> 10kg) in den letzten Jahren

**Fragebogen**

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

**(Chronische) Grunderkrankungen**

Asthma  sonstige:  
 Bluthochdruck  
 Diabetes  
 Allergien

**Geburtsart**

vaginal  
 Kaiserschnitt

**Wurden Sie als Kind gestillt?**

ja  
 nein

**Stuhlgang/Stuhlförmigkeit nach der Bristol-Stuhlförmigkeitsskala (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



**Mikrobiomanalyse**

**Auftrag zur Durchführung des enteralis™ - Tests**

Hiermit beauftrage ich Enterosan® mit der Durchführung einer Mikrobiomanalyse. Die Untersuchung wird in Kooperation mit dem MVZ Martinsried durchgeführt. 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.

## Bemerkungen


## 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