

CYTOLISA® Anamnesebogen

Bitte deutlich ankreuzen bzw. in Druckbuchstaben ausfüllen oder bedrucken!

PATIENT männlich weiblich

Name, Vorname

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Telefon

E-Mail

Geburtsdatum

Datum der Blutentnahme

Ich stimme der Speicherung und Verarbeitung meiner Daten zu. Diese Zustimmung ist freiwillig und kann von mir jederzeit widerrufen werden. Nach Widerruf der Zustimmung werden meine Daten gelöscht. Auf Verlangen können wir Ihnen die gespeicherten Daten jederzeit nennen. Nach 10 Jahren werden die Daten automatisch anonymisiert.

Datum, Unterschrift

KOSTENTRÄGER (falls abw. von Patient)

Name, Vorname

Straße, Nr.

PLZ, Ort

Telefon

Praxisstempel und Unterschrift

Ich stimme der Speicherung und Verarbeitung meiner Daten zu. Diese Zustimmung ist freiwillig und kann von mir jederzeit widerrufen werden. Nach Widerruf der Zustimmung werden meine Daten gelöscht. Auf Verlangen können wir Ihnen die gespeicherten Daten jederzeit nennen. Nach 10 Jahren werden die Daten automatisch anonymisiert.

Datum, Unterschrift

INTERN

Verm.-Nummer

Berechnung

Eingelesen

Befundung

Verschickt

TG

Bitte beachten Sie, dass von einer Testdurchführung während oder direkt nach einem Infekt dringend abzuraten ist.

TEST UND ZAHLUNGSMODALITÄT

CYTOLISA® Kompakt

4-Panel Nahrungsmittel-Immunscreening auf 94 Lebensmittel laut Testverzeichnis

- zum Preis von **170,00 €** zzgl. MwSt. für Selbstzahler
 mit Arztrechnung nach GOÄ (**209,84 €**) für Privatpatienten

CYTOLISA® Standard

8-Panel Nahrungsmittel-Immunscreening auf 176 Lebensmittel laut Testverzeichnis

- zum Preis von **275,00 €** zzgl. MwSt. für Selbstzahler
 mit Arztrechnung nach GOÄ (**419,68 €**) für Privatpatienten

CYTOLISA® Premium

12-Panel Nahrungsmittel-Immunscreening auf 264 Lebensmittel laut Testverzeichnis

- zum Preis von **412,50 €** zzgl. MwSt. für Selbstzahler
 mit Arztrechnung nach GOÄ (**629,52 €**) für Privatpatienten

CYTOLISA® Erweiterung

4-Panel Nahrungsmittel-Immunscreening auf 88 Lebensmittel laut Testverzeichnis von Cytolisa 176 auf 264 vorherige Testnummer Testdatum

- zum Preis von **170,00 €** zzgl. MwSt. für Selbstzahler
 mit Arztrechnung nach GOÄ (**209,84 €**) für Privatpatienten

CYTOLISA® Vegi-Standard

Vegetarisch Nahrungsmittel-Immunscreening auf 156 Lebensmittel laut Testverzeichnis

- zum Preis von **244,00 €** zzgl. MwSt. für Selbstzahler
 mit Arztrechnung nach GOÄ (**367,22 €**) für Privatpatienten

CYTOLISA® Vegi-Premium

Vegetarisch Nahrungsmittel-Immunscreening auf 222 Lebensmittel laut Testverzeichnis

- zum Preis von **347,00 €** zzgl. MwSt. für Selbstzahler
 mit Arztrechnung nach GOÄ (**524,60 €**) für Privatpatienten

Selbstzahler:

Bitte senden Sie mir das CYTOLISA® Testergebnis als PDF (**unverschlüsselt**) sowie den CYTOLISA® Ernährungsbegleiter als PDF kostenfrei per E-Mail.

Unterschrift:

Selbstzahler:

Bitte senden Sie mir das CYTOLISA® Testergebnis und den CYTOLISA® Ernährungsbegleiter als gebundenes Heft für eine Gebühr von 12,00 € plus MwSt.

Unterschrift:

Erklärung des Patienten: Ich wünsche die oben angegebene Untersuchung für mich/mein Kind im Rahmen einer Diagnostik im ganzheitlich erweiterten Spektrum außerhalb der Leistungsgarantie der gesetzlichen Krankenkassen als individuelle Gesundheitsleistung.

Selbstzahler: Ich weiß, dass eine Erstattung der Testkosten durch gesetzliche Krankenkassen unwahrscheinlich ist. Leistungserbringung und Rechnungsstellung erfolgt durch die CYTO Labor- & Vertriebs GmbH in Lich.

Datum, Unterschrift Selbstzahler

Privatpatienten: Ich weiß, dass ich zur Zahlung des Arzthonorars für die Testdurchführung auch dann verpflichtet bin, wenn die Erstattung durch meine private Krankenkasse und/oder Beihilfestelle ganz oder teilweise abgelehnt wird. Leistungserbringung und Liquidation erfolgen durch Martin Caspari, Arzt, Praxis für Ganzheitliche Medizin in Lich. Um die Erstattung durch Privatkrankenkassen nicht zu gefährden MUSS der Einsendeschein von einem Arzt oder Heilpraktiker unterzeichnet sein.

Datum, Unterschrift Privatpatienten

Bitte wenden und die Rückseite ausfüllen!

Diagnose/Überweisungsgrund:

- Reizdarmsyndrom
- Neurodermitis
- Allergie
- Migräne
- Sonstiges:

Kreuzen Sie an, in welcher Sprache Sie das Testergebnis erhalten möchten:

- Arabisch
- Bulgarisch
- Deutsch (Deutschl.)
- Deutsch (österreich)
- Deutsch (Schweiz)
- Englisch
- Französisch
- Griechisch
- Holländisch
- Italienisch
- Polnisch
- Russisch
- Spanisch
- Türkisch
- Ungarisch
- Slowenisch

ANAMNESEBOGEN

1a. Leiden Sie an einer oder mehreren der folgenden Krankheiten?

- Diabetes
- Restless leg syndrom
- Depressionen
- Psoriasis
- Parkinson
- Migräne
- Asthma
- Tinnitus
- Multiple Sklerose
- Akne
- Neurodermitis
- Fibromyalgie
- Adipositas
- Polypen
- Colitis Ulcerosa
- CFS (chron. Müdigkeit)
- Morbus Crohn
- rheumat. Erkrank.
- Hypertonie
- Krebs

Sonstiges:

1b. Leiden Sie häufig oder regelmäßig an einem oder mehreren der folgenden Symptome?

- | | | | | |
|--|---|---|---------------------------------------|--|
| Kopf: | Atemwege: | Herz: | Verdauungsorgane: | Psyche: |
| <input type="radio"/> Kopfschmerzen | <input type="radio"/> Heiserkeit | <input type="radio"/> allg. Herzbeschwerden | <input type="radio"/> allg. Übelkeit | <input type="radio"/> Erschöpfung |
| <input type="radio"/> Schwindel | <input type="radio"/> Husten | <input type="radio"/> Herzstechen | <input type="radio"/> Völlegefühl | <input type="radio"/> Gefühlsschwankungen |
| Mundhöhle: | <input type="radio"/> allg. Atembeschwerden | <input type="radio"/> Herzrasen | <input type="radio"/> Blähungen | <input type="radio"/> Depressionen |
| <input type="radio"/> Zunge belegt | <input type="radio"/> Verschleimung | <input type="radio"/> Beklemmungsgefühle | <input type="radio"/> Aufstoßen | <input type="radio"/> Hyperaktivität |
| <input type="radio"/> Bläschenbildung | <input type="radio"/> Halsschmerzen | Körper: | <input type="radio"/> Durchfall | <input type="radio"/> Aggressionen |
| <input type="radio"/> Pickelbildung | Haut: | <input type="radio"/> Rückenschmerzen | <input type="radio"/> Verstopfung | <input type="radio"/> Angstzustände |
| <input type="radio"/> Schwellung der Zunge | <input type="radio"/> Rötungen | <input type="radio"/> Muskelschmerzen | <input type="radio"/> M/D Beschwerden | <input type="radio"/> Konzentrationsschwäche |
| <input type="radio"/> Zahnfleischbluten | <input type="radio"/> Trockenheit | <input type="radio"/> Gelenkschmerzen | <input type="radio"/> Übergewicht | |
| | <input type="radio"/> Juckreiz | <input type="radio"/> Arthrosen | | |
| | | <input type="radio"/> Taubheitsgefühl | | |
| | | <input type="radio"/> Schwellungen | | |
| | | <input type="radio"/> Steifheit | | |

Sonstiges:

1c. Leiden Sie an folgenden ansteckenden Krankheiten? Hepatitis HIV/Aids

2a. Nehmen Sie aktuell Cortison oder andere immunsuppressive Medikamente ein? Ja Nein

2b. Welche Medikamente nehmen Sie ein?

3. Wie groß und wie schwer sind Sie aktuell? Größe: cm Gewicht: kg

4. Hatten Sie in den letzten drei Monaten Pilz - Virus - Bakterien-Infekte?

Wie wurde der Infekt behandelt?

5. Wurden bei Ihnen bereits Lebensmittel ausgetestet? Ja Nein

Wenn ja, welche und mit welchem Testverfahren?

6a. Wie ernähren Sie sich? Hausmannskost Vegan oft Fertiggerichte Vollwertkost kein Fleisch Fast Food

keine Butter keinen Fisch oft Süßigkeiten sonstige

Andere, einseitige Essgewohnheiten:

6b. Auf welche Lebensmittel können Sie nur ungerne verzichten?

7. Haben Sie häufig Heißhunger? Ja Nein Wenn ja, auf was?

8. Kennen Sie Lebensmittel, die nach dem Verzehr eine sofortige allergische Reaktion auslösen? Ja Nein

Wenn ja, welche?

9. Sind Sie Raucher? Ja, aktiv Ja, passiv Nein

FÜR RÜCKFRAGEN UND INFORMATIONEN KONTAKTIEREN SIE UNS BITTE UNTER:

CYTO Labor- und Vertriebs- GmbH
 Ortsstraße 22 . 35423 Lich
 Tel. 06404 /90 437 . Fax 06404 /90458
 info@cytolabor.de . www.cytolabor.de

