

Anschrift* Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen!

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

☐ W ☐ M

Geschlecht* geb. am* Tel. Patient

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum*

T T M M J J

Labornummer des Vorbefundes (falls bekannt)

Therapeut*in (Praxisstempel)*

AF-I-CH

FOODSensor

Ärztliche Leitung:

Dr. Dr. med. I. Bunge / Dr. med W. Voss

Probenversand nur an:

Food Sensor Labor
Postfach 2901 | 48015 Münster

Heilpraktische Leitung:

N. Schrader-Staden

Kontakt Labor:

Telefon: 0049 251 - 20 83 58 60
Fax: 0049 251 - 29 79 31 63
Email: service@food-sensor.de

Abnahmedatum* **Abnahmezeit*** **Untersuchungsmaterial***

T T M M J J h h m m

☐ Serum

Grund der Anforderung* (abrechnungsrelevant)

☐ Ausschluss von ☐ Verdacht auf ☐ Diagnose

Anmerkungen (Erziehungsberechtigte, andere Rechnungsanschrift oder ähnliches)

Rechnungsart: (ohne Angabe immer GOÄ)

☐ GOÄ ☐ GebÜH

Sprachversion Befund

(nur für Profile 1 / Standard deutsch)

Englisch:

☐ Patient ☐ Praxis

Russisch:

☐ Patient / Handbuch ☐ Praxis

* Erforderlich

LABORSCHHEIN ERNÄHRUNGSDIAGNOSTIK

IgG-PROFILE 1		
☐	FOODSensor COMPLETE 399,00 € 280 Einzelallergene	
☐	FOODSensor VEGGIE-COMplete 359,00 € 232 vegetarische Einzelallergene	
☐	Weitere Einzelallergene ¹ je 3,95 €	
☐	FOODSensor FLEX 175,07 € 72 Einzelallergene	
☐	Weitere Einzelallergene ¹ je 4,60 €	
☐	FOODSensor VEGGIE-FLEX 175,07 € 72 vegetarische Einzelallergene	
☐	Weitere Einzelallergene ¹ je 4,60 €	
Inklusive: detaillierter Befundbericht, 140-seitiges Patientenhandbuch, individualisierbare Rezepte, Smartphone-App für Patienten, individuelle Nachforderung weiterer Allergene nach Ergebniserhalt möglich		

HINWEISE

PRÄANALYTIK

- ▶ Patient*in muss nicht nüchtern sein
- ▶ Ausschlusskriterien: Kortisonbehandlung, akuter viraler/bakterieller Infekt, Chemotherapie, Interferontherapie
- ▶ Zentrifugieren nicht erforderlich
- ▶ Versand über Wochenende unkritisch
- ▶ Lagerung über Nacht im Kühlschrank
- ▶ Nachtestung aus gleicher Blutprobe ca. bis 30 Tage

zzgl. VERSAND 9,95 €

¹ Bitte auf Seite 2 auswählen.

INDIVIDUELLE EINZELALLERGEN-ANFORDERUNG



Bitte kreuzen Sie die Nahrungsmittel an, die Sie einzeln bzw. zusätzlich testen lassen möchten.

Beispiel: Sie möchten Tofu als zusätzliches Nahrungsmittel für den **FOODSensor FLEX** testen lassen und kreuzen Tofu daher an. Im **FOODSensor VEGGIE-FLEX** wird Tofu bereits getestet.

☒ ● ■ Tofu

GLUTENHALT. GETREIDE

- ☐ ☒ ■ Gluten (Gliadin)
- ☐ ☒ ■ Dinkel
- ☐ ☒ ■ Hafer
- ☐ ☒ ■ Weizen
- ☐ ● ● Gerste
- ☐ ● ● Roggen
- ☐ ● ● Grünkern

GLUTENFREIES

- ☐ ☒ ■ Amarant
- ☐ ☒ ■ Reis
- ☐ ● ● Buchweizen
- ☐ ● ● Hirse
- ☐ ● ● Lupinenmehl
- ☐ ● ● Mais
- ☐ ● ● Quinoa
- ☐ ● ● Maniok
- ☐ ● ● Teff
- ☐ ● ● Topinambur

MILCHPRODUKTE

- ☐ ☒ ■ Kuhmilch
- ☐ ☒ ■ Casein/Kasein
- ☐ ☒ ■ Labkäse
- ☐ ☒ ■ Sauermilchprodukte
- ☐ ● ● Buttermilch/Ayran/Kefir
- ☐ ● ● Schafskäse
- ☐ ● ● Schafsmilch
- ☐ ● ● Ziegenkäse
- ☐ ● ● Ziegenmilch

EI

- ☐ ☒ ■ Eigelb
- ☐ ☒ ■ Eiklar
- ☐ ● ● Gänse-Ei
- ☐ ● ● Wachtel-Ei

HEFEN

- ☐ ☒ ■ Bäckerhefe
- ☐ ☒ ■ Bierhefe

FLEISCH

- ☐ ☒ ● Kalb/Rind
- ☐ ☒ ● Huhn
- ☐ ☒ ● Kaninchen
- ☐ ☒ ● Schwein
- ☐ ● ● Ente
- ☐ ● ● Fasan
- ☐ ● ● Gans
- ☐ ● ● Hase
- ☐ ● ● Hirsch
- ☐ ● ● Lamm
- ☐ ● ● Pferd
- ☐ ● ● Pute
- ☐ ● ● Reh
- ☐ ● ● Strauß
- ☐ ● ● Wachtel
- ☐ ● ● Weinbergsschnecke
- ☐ ● ● Wildschwein
- ☐ ● ● Ziege

FISCH

- ☐ ☒ ● Lachs
- ☐ ☒ ● Forelle
- ☐ ☒ ● Kabeljau
- ☐ ☒ ● Pangasius
- ☐ ● ● Aal
- ☐ ● ● Dorade
- ☐ ● ● Heilbutt
- ☐ ● ● Hering
- ☐ ● ● Karpfen
- ☐ ● ● Kaviar
- ☐ ● ● Makrele
- ☐ ● ● Rotbarsch
- ☐ ● ● Sardelle
- ☐ ● ● Sardine
- ☐ ● ● Schellfisch
- ☐ ● ● Scholle
- ☐ ● ● Seehecht
- ☐ ● ● Seelachs
- ☐ ● ● Seezunge
- ☐ ● ● Thunfisch
- ☐ ● ● Zander

MEERESFRÜCHTE

- ☐ ☒ ● Garnele
- ☐ ☒ ● Auster
- ☐ ☒ ● Krabbe
- ☐ ☒ ● Tintenfisch
- ☐ ● ● Hummer
- ☐ ● ● Jakobsmuschel
- ☐ ● ● Krebs
- ☐ ● ● Languste
- ☐ ● ● Miesmuschel

NÜSSE & SAMEN

- ☐ ☒ ■ Haselnuss
- ☐ ☒ ■ Mandel
- ☐ ☒ ■ Cashewkern
- ☐ ☒ ■ Kakao
- ☐ ☒ ■ Macadamianuss
- ☐ ☒ ■ Sonnenblumenkerne
- ☐ ● ● Kokosnuss
- ☐ ● ● Baumwollsaat
- ☐ ● ● Chiasamen
- ☐ ● ● Erdmandel
- ☐ ● ● Erdnuss
- ☐ ● ● Hanfsamen
- ☐ ● ● Kürbiskerne
- ☐ ● ● Leinsamen
- ☐ ● ● Marone/Esskastanie
- ☐ ● ● Mohn
- ☐ ● ● Paranuss
- ☐ ● ● Pekannuss
- ☐ ● ● Pinienkerne
- ☐ ● ● Pistazie
- ☐ ● ● Sesam
- ☐ ● ● Walnuss

HÜLSENFRÜCHTE

- ☐ ☒ ■ Bohnen (grün)
- ☐ ☒ ■ Erbse
- ☐ ☒ ■ Sojabohne
- ☐ ☒ ■ Linse

- ☐ ● ● Tofu
- ☐ ● ● Kichererbse
- ☐ ● ● Bohne (weiß)
- ☐ ● ● Bohne (dick)
- ☐ ● ● Kidneybohne
- ☐ ● ● Mungbohne

GEMÜSE

- ☐ ☒ ■ Paprika(schote)
- ☐ ☒ ■ Tomate
- ☐ ☒ ■ Zwiebel
- ☐ ☒ ■ Bambussprosse
- ☐ ☒ ■ Kartoffel
- ☐ ☒ ■ Sellerie(knolle)
- ☐ ☒ ■ Spargel (grün/weiß)
- ☐ ● ● Olive, grün
- ☐ ● ● Selleriestange
- ☐ ● ● Spinat
- ☐ ● ● Artischocke
- ☐ ● ● Aubergine
- ☐ ● ● Blumenkohl
- ☐ ● ● Brokkoli
- ☐ ● ● Chinakohl
- ☐ ● ● Fenchel
- ☐ ● ● Grünkohl
- ☐ ● ● Gurke
- ☐ ● ● Karotte
- ☐ ● ● Kohlrabi
- ☐ ● ● Kürbis
- ☐ ● ● Lauch/Porree
- ☐ ● ● Mangold
- ☐ ● ● Meerrettich
- ☐ ● ● Olive, schwarz
- ☐ ● ● Pastinake
- ☐ ● ● Radieschen
- ☐ ● ● Rettich
- ☐ ● ● Rosenkohl
- ☐ ● ● Rote Beete
- ☐ ● ● Rotkohl
- ☐ ● ● Runkelrübe
- ☐ ● ● Sauerkraut
- ☐ ● ● Schalotte
- ☐ ● ● Schwarzwurzel
- ☐ ● ● Süßkartoffel/Batate
- ☐ ● ● Steckrübe
- ☐ ● ● Weißkohl
- ☐ ● ● Weinblätter
- ☐ ● ● Wirsingkohl
- ☐ ● ● Zucchini

PILZE

- ☐ ☒ ■ Champignons
- ☐ ☒ ■ Austernpilz
- ☐ ☒ ■ Pfifferling
- ☐ ☒ ■ Steinpilz
- ☐ ● ● Kräuterseitling
- ☐ ● ● Marone (Pilz)
- ☐ ● ● Morchel
- ☐ ● ● Shiitake
- ☐ ● ● Stockschwämmchen

SALATE

- ☐ ☒ ■ Feldsalat
- ☐ ☒ ■ Eisbergsalat

LEGENDE

Nahrungsmittel mit den entsprechenden farbigen Punkten werden im jeweiligen Test bereits getestet:

☒ ☒ ■ **FOODSensor FLEX**

☒ ☒ ■ **FOODSensor VEGGIE-FLEX**

- ☐ ☒ ■ Kopfsalat
- ☐ ☒ ■ Rucola
- ☐ ● ● Chicorée
- ☐ ● ● Endiviensalat
- ☐ ● ● Lollo Rosso
- ☐ ● ● Löwenzahn
- ☐ ● ● Radicchio
- ☐ ● ● Römischer Salat

OBST & FRÜCHTE

- ☐ ☒ ■ Ananas
- ☐ ☒ ■ Apfel
- ☐ ☒ ■ Banane
- ☐ ☒ ■ Kiwi
- ☐ ☒ ■ Orange
- ☐ ☒ ■ Weintraube/Rosine
- ☐ ● ● Birne
- ☐ ● ● Brombeere
- ☐ ● ● Erdbeere
- ☐ ● ● Kirsche
- ☐ ● ● Mandarine
- ☐ ● ● Aprikose
- ☐ ● ● Aroniabeere
- ☐ ● ● Avocado
- ☐ ● ● Blaubeere
- ☐ ● ● Cranberry
- ☐ ● ● Dattel
- ☐ ● ● Feige
- ☐ ● ● Granatapfel
- ☐ ● ● Guave
- ☐ ● ● Himbeere
- ☐ ● ● Honigmelone
- ☐ ● ● Johannisbeere
- ☐ ● ● Karambole/Sternfrucht
- ☐ ● ● Limette
- ☐ ● ● Litschi
- ☐ ● ● Mango
- ☐ ● ● Maracuja
- ☐ ● ● Nektarine
- ☐ ● ● Pampelmuse/Grapefruit
- ☐ ● ● Papaya
- ☐ ● ● Pfirsich
- ☐ ● ● Pflaume
- ☐ ● ● Preiselbeere
- ☐ ● ● Physalis/Kapstachelbeere
- ☐ ● ● Quitte
- ☐ ● ● Rhabarber
- ☐ ● ● Sanddorn
- ☐ ● ● Stachelbeere
- ☐ ● ● Wassermelone
- ☐ ● ● Zitrone

GEWÜRZE & KRÄUTER

- ☐ ☒ ■ Knoblauch
- ☐ ☒ ■ Vanille
- ☐ ☒ ■ Cayennepfeffer
- ☐ ☒ ■ Muskat
- ☐ ☒ ■ Petersilie
- ☐ ☒ ■ Senf(korn)
- ☐ ● ● Ingwer
- ☐ ● ● Pfeffer, schwarz
- ☐ ● ● Alfalfa
- ☐ ● ● Anis
- ☐ ● ● Basilikum
- ☐ ● ● Bärlauch
- ☐ ● ● Bohnenkraut
- ☐ ● ● Cardamom/Kardamom
- ☐ ● ● Chili
- ☐ ● ● Dill
- ☐ ● ● Estragon
- ☐ ● ● Gewürznelke/Nelke
- ☐ ● ● Koriander
- ☐ ● ● Kresse
- ☐ ● ● Kreuzkümmel
- ☐ ● ● Kurkuma/Gelbwurz
- ☐ ● ● Kümmel
- ☐ ● ● Lavendel
- ☐ ● ● Liebstöckel
- ☐ ● ● Lorbeer
- ☐ ● ● Majoran
- ☐ ● ● Oregano
- ☐ ● ● Paprika(gewürz)
- ☐ ● ● Pepperoni
- ☐ ● ● Pfeffer, grün
- ☐ ● ● Pfeffer, weiß
- ☐ ● ● Rosmarin
- ☐ ● ● Salbei
- ☐ ● ● Schnittlauch
- ☐ ● ● Thymian
- ☐ ● ● Wacholder
- ☐ ● ● Zimt
- ☐ ● ● Zitronenmelisse

BESONDERES

- ☐ ● ● Algen, Nori (Rotalge)
- ☐ ● ● Algen, Spirul. (Blaualge)
- ☐ ● ● Aloe vera

GETRÄNKE

- ☐ ☒ ■ Kaffee
- ☐ ☒ ■ Schwarzer Tee
- ☐ ☒ ■ Pfefferminz Tee
- ☐ ● ● Brennnessel
- ☐ ● ● Grüner Tee
- ☐ ● ● Hagebutte
- ☐ ● ● Hibiskus/Malve
- ☐ ● ● Kamille
- ☐ ● ● Lindenblüte
- ☐ ● ● Melisse
- ☐ ● ● Rotbusch/Rooibusch
- ☐ ● ● Tannin (Wein)

PATIENTENAUFKLÄRUNG / HONORARVEREINBARUNG & EINWILLIGUNG DATENSCHUTZ

PATIENTENAUFKLÄRUNG / HONORARVEREINBARUNG



Nach einem persönlichen Gespräch mit Frau / Herrn _____ über die medizinischen Leistungen wünsche ich die Durchführung von Laborleistungen durch die Food Sensor GmbH. Die Laborleistungen sollen durch die ärztlichen bzw. heilpraktischen Leiter*innen der Food Sensor GmbH (je nach meinem auf der Seite 1 angegebenen Wunsch der Rechnungsstellung in Orientierung an die GOÄ oder Gebüh) Frau Dr. Dr. Bunge / Herrn Dr. Voss / Frau Schrader-Staden in der Betriebsstätte Münster erbracht und abgerechnet werden.

Mir ist bekannt, dass die angeforderten Leistungen keinen Bestandteil der gesetzlichen Krankenversicherungsleistungen darstellen. Bei privaten Krankenversicherungen richtet sich die Übernahme der Kosten nach den jeweiligen Bedingungen der privaten Krankenversicherung und kann daher nicht gewährleistet werden. Die Bezahlung der beauftragten Leistungen sind nicht von der Erstattung durch den zuständigen Versicherungsträger abhängig.

Mir ist bewusst, dass es sich bei den Testergebnissen um einen medizinischen Befund handelt, der an mein behandelndes therapeutisches Fachpersonal übersandt wird. Um mögliche gesundheitliche Risiken durch Missinterpretation auszuschließen, wird der Befund vom Labor ausschließlich dem therapeutischen Fachpersonal ausgehändigt.



Unterschrift **Therapeut*in**



Unterschrift **Patient*in / Erziehungsberechtigte*r / Vormund**

EINWILLIGUNG DATENSCHUTZ

Für die Durchführung und Abrechnung der Laborleistungen einschließlich der damit im Zusammenhang stehenden sonstigen Leistungen (Blutentnahme, Transport der Blutprobe zum Labor, Ausdruck und Versendung der Befunde, etc.) müssen personenbezogene Daten erhoben, verarbeitet und genutzt werden. Dies betrifft folgende Daten und Zwecke:

1. Erhebung, Verarbeitung und Nutzung des Namens, der Adresse und Gesundheitsdaten der zu behandelnden Person im erforderlichen Umfang für die Veranlassung des Laborauftrages durch das behandelnde ärztliche Fachpersonal und die Durchführung des Laborauftrages durch die Food Sensor GmbH.
2. Übermittlung der Blutprobe vom behandelnden ärztlichen Fachpersonal an die Food Sensor GmbH bzw. deren ärztliche oder heilpraktische Leiter*in.
3. Übermittlung von Name und Adresse der zu behandelnden Person, sowie Laborleistung im Zusammenhang mit den Laborleistungen zum Zwecke des Befundversandes, der Abrechnung und der Einziehung der Vergütung. Dies schließt die Übermittlung ggf. hierfür erforderlicher Gesundheitsdaten ein.

Die Food Sensor GmbH überträgt die Abrechnung der umseitig beauftragten, durch das therapeutische Personal sowie die ärztlichen bzw. heilpraktischen Leiter*in Dr. Voss/Dr. Dr. Bunge/ Frau Schrader-Staden erbrachten privatärztlichen Leistungen an die privatärztliche Abrechnungsstelle Wesemann-Sumpf e.K.. Sie werden von dieser Gesellschaft unsere Liquidation erhalten.

Ich befreie hiermit meine*n ärztliche*n bzw. therapeutische*n Behandler*in für diese und künftige Behandlungen von der beruflichen Verschwiegenheitsverpflichtung und erkläre mich mit einer Weitergabe aller für die Abrechnung erforderlichen Daten (Name, Anschrift, Geburtsdatum, Diagnosen, Behandlungsdaten) an die privatärztliche Abrechnungsstelle Wesemann-Sumpf e.K., Geschäftsstelle Hagenstraße 47, 19230 Hagenow einverstanden. Die privatärztliche Abrechnungsstelle Wesemann-Sumpf e.K. ist verantwortliche Stelle gem. Kapitel 4 Nr. 7 DSGVO.

Ich erkläre mein Einverständnis zu einer Abtretung der Vergütungsansprüche aus der Tätigkeit meiner Behandler*in an die privatärztliche Abrechnungsstelle Wesemann-Sumpf e.K. und zu einer Rechnungsstellung durch dieses Unternehmen. Ich bin damit einverstanden, dass die privatärztliche Abrechnungsstelle Wesemann-Sumpf e.K. zum Zwecke der Rechnungsstellung meine persönlichen Daten erhebt, verarbeitet und nutzt. Sämtliche Daten werden geheim gehalten. Eine Weitergabe an Dritte erfolgt ausschließlich im Falle der Säumigkeit zum Zwecke der gerichtlichen Geltendmachung der Forderung. Die Löschung der persönlichen Daten erfolgt regelmäßig nach vollständiger Vertragsabwicklung und nach Ablauf der steuer- und handelsrechtlichen Vorschriften. Die Zustimmung kann jederzeit schriftlich mit Wirkung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Alle dortigen Mitarbeiter*innen unterliegen den Bestimmungen des Strafgesetzbuches (§203 StGB) und der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO). Sie sind insbesondere auf das Datengeheimnis im Sinne von Art. 5 DSGVO iVm. Art. 24, 29 und 32 DSGVO verpflichtet. Sie haben das Recht im Fall von Art. 21 Absatz 1 und 2 DSGVO der Datenverarbeitung zu widersprechen und ihre Zustimmung jeder Zeit zu widerrufen.

Ergänzend gelten unsere Datenschutzbestimmungen, einsehbar unter <https://food-sensor.de/datenschutzzerklaerung/>. Bitte beachten Sie auch unsere Transparenzerklärung.



Ort, Datum



Unterschrift **Patient*in / Erziehungsberechtigte*r / Vormund**