

Orthomolekulare Medizin bei Kindern

**Peter H. Lauda
Wien**

**1. Int. Wiener Symposium 2013
Orthomolekulare Medizin**

**Billrothaus
Wien**

Gliederung Vortrag

3 Patienten - Fallbeispiele

- „Bisherige“ Diagnosen
- Anamnese
- Status resp. körperlich-physikalische Untersuchung
- Laboranalysen
- OM Therapie
- Verlauf

Patient 1

N.H., männlich, 4a

Diagnosen

„Reaktive Bindungsstörung“,
„V.a. Autismus-Spektrum-Störung“

Patient 1

N.H., männlich, 4a

Anamnese

- **Schwangerschaft: Mutter B12 Mangel, MVP + Eisentabletten**
- **Normale Geburt**
- **Spricht nur wenige Worte, keine Kommunikation**
- **Kein oder nur flüchtiger Blickkontakt mit anderen Menschen**

Patient 1

N.H., männlich, 4a

Anamnese

- **Gedächtnis- und Konzentrationsprobleme**
- **Keine Kontaktaufnahme resp. Spielen mit Gleichaltrigen im Kindergarten**
- **1 Stunde Spielkonsole**
- **Umwelttoxikologisch : Stadt, Altbau, dicht befahrene Straße, Nähe Sendemast,**

Patient 1

N.H., männlich, 4a

Anamnese

- **Muskelschwäche, Gangunsicherheit, „Hölzerner Gang“**
- **Nervosität, Unruhe**
- **Müdigkeit**
- **WT seit 2 Jahren**
- **Ungewöhnliche Hautreaktionen nach Insektenstichen**
- **Obstipation**
- **Pendelhoden**

Patient 1

N.H., männlich, 4a

Anamnese - Mikronährstoffe

- **MVP seit 2. LJ**
- **Vit. C Saft**

Patient 1

N.H., männlich, 4a

Untersuchung

**Xerodermie, WT Fingernägel,
motorische Defizite und
Koordinationsprobleme,
ansonsten körperlich – physikalischer
Status unauffällig, Reflexe o.B.**

Alle Laborwerte und
Therapieschemas ts

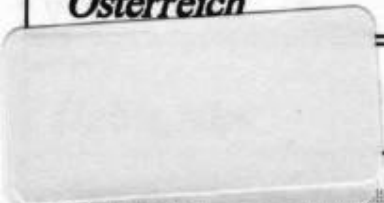
1 ox stress 27.6.12

PV	LABOR MÜNCHEN ZENTRUM, 80335 München Telefon (089) 54308 - 0	1 U0785
-----------	--	-------------------

<p style="text-align: right;"><i>Telefon: 0043-1/4060517</i></p> <p>Ordination Dr. med.</p> <p>Peter H. Lauda Praxisgemeinschaft Hebragasse Hebragasse 5/35 (1.DG-Lift) 1090 Wien Österreich</p>	<p>Auftragsnummer: 2414301036</p> <p>Tagesnr: 1206280631</p> <p>Probenentnahme: 27.06.2012 / 10:00</p> <p>Eingangsdatum: 28.06.12 09:41 Uhr</p> <p>Ausgangsdatum: 10.07.12</p>
--	---

Endbefund

Seite: 1 / 3



	Geb.-Datum	Geschlecht	Krankenkasse	SSW/CT
	24.08.2008	M	PRI	

	ERGEBNIS	EINHEIT	NORMWERTE
Diagnose:			
Vorhandene Materialien:	Serum, EDTA-Blut, Lithium-Heparin-Blut		
EDTA-Blut			
Citratblut			

EDTA-Blut			
Citratblut			
Natrium-Heparin-Blut			
Vollblut			
Serum			
Einsenderprofil 1			
Kalium (NH-VB)	37	mmol/l	36-52
Magnesium (E)	1.43	mmol/l	1.2-1.72
Kupfer (E)	86	µg/dl	32-150
Zink (E)	519	µg/dl	408-760
Cobalt (E)	0.6	µg/l	<1
Selen (E)	131	µg/l	67-135
Mangan (E)	7.8	µg/l	6-11
Blei (EDTA-VB)	38	µg/l	<100

BAT: Erwachsene 400 µg/l, Frauen < 45 J. < 300 µg/l;

Probennahmezeitpunkt: keine Beschränkung

Hinweis: Geänderter Referenzbereich ab 17.12.2004;

Quellen: Umweltbundesamt 11/04; TRGS 903, geändert 05/04

Cadmium (E)	<0.18	µg/l	<1.7
-------------	-------	------	------

BAT/Biol. Arbeitsstoff-Toleranzwert bei berufl. Cd-Exposition: 15 µg/l

<V> Arsen (E) ²	<2.00	µg/l	<10
----------------------------	-------	------	-----

Quecksilber (EDTA-VB)	<0.4	µg/l	
-----------------------	------	------	--

Referenzbereiche (Fischkonsum bis dreimal im Monat):

Kinder (6 - 12 Jahre) < 1.5 µg/l

Erwachsene < 2.0 µg/l

Hinweis: Geänderter Referenzbereich ab 17.12.2004;

Hinweis: Geänderter Referenzbereich ab 17.12.2004;

Quellen: Umweltbundesamt 11/04; TRGS 903, geändert, 05/04

Aluminium (Pl)

+ 11.1

µg/l

| <7.5

Referenzbereich Gesunde/Unbelastete: < 7.5 µg/l

C a v e: erhöhte Werte können durch das ubiquitär vorhandene Aluminium bei der Verwendung von Glasröhrchen/Stahlkanülen vorkommen. Ggf. Kontrolle mit Spezial-Mineralröhrchen empfohlen!

HINWEIS: Bitte beachten Sie die neuen Referenzwerte, die auf Angaben aus der Literatur beruhen.

Strontium (S)

60

µg/l

| 10-70

Antimon (S)

1.1

µg/l

| <1.7

β-Carotin (S)

434

µg/l

| 569-1283

HINWEIS: Bitte beachten Sie die neuen Referenzwerte, die auf Angaben aus der Literatur beruhen.

PV

LABOR MÜNCHEN ZENTRUM, 80335 München

Telefon (089) 54400-0

2
U0785

Ordination Dr. med.

Lauda Peter H.

Tage

Pati

Auftragsnummer: 2414301036

10.07.12

Seite: 2 / 3

ANALYSE	ERGEBNIS	EINHEIT	NORMWERTE
VITAMIN B1 (E) Thiaminpyrophosphat (aktiv)	. 54.3	µg/l	28-85
VITAMIN B2 (E) Vit. B2: FAD	. 202	µg/l	137-370
Vit. B2: Riboflavin	3.7	µg/l	2-29
Niacin (Vit. B3)	- 7.9	µg/l	8-52
Vit. B6 / Pyridoxalphosphat (@	+ 27.7	µg/l	8.7-27.2
Vitamin B12	516	pg/ml	191-663
Vitamin C/Ascorbinsäure	- <0.5	µg/ml	4.6-14.9

Vitamin C (Ascorbinsäure) gilt als wichtigstes exogenes Antioxidanz der wässrigen Phase, das mit ROS (reaktiven Sauerstoffspezies) reagiert.

Die Regeneration von oxidiertem Vitamin C erfolgt durch Glutathion. Vitamin C ist außerdem wichtig für die Regeneration von Vitamin E.

In Gegenwart von freien Übergangsmetallionen (Fe, Cu) kann Vitamin C auch prooxidativ wirken.

Unter normalen Bedingungen überwiegt jedoch die antioxidative Wirkung.

Folsäure (S)	+ >20.0	ng/ml	4.6-18.7
Vitamin E/Tocopherol (S)	13.6	mg/l	11.6-22

Vitamin E ist das bekannteste exogene Antioxidans der Lipidphase. Das fettlösliche Molekül wird in Lipide eingelagert und hemmt unmittelbar deren Peroxidation. Die Gamma-Form scheint effektiver als die gängige Form: alpha-Tocopherol zu wirken. Ubichinon/Coenzym Q ist der Vitamin E-Aktivierung vorgeschaltet. Oxidiertes Vitamin E wird durch Vitamin C regeneriert.

Biotin/Vitamin H	240	ng/l	>200
TAS/Total AntOx Schutz	+ 2.29	mmol/l	1.3-1.8
MDA/Malondialdehyd (E)	0.14	µmol/l	<0.5
GPX/Glutathion-Peroxidase (E)	6480	U/l	4170-10880
SOD/Superoxiddismutase	- 150	U/ml	164-240
CAT/Catalase	19.9	kU/ml	17.9-30.6
GSTT/GST-theta (photometrisch@ GST-T1 Aktivität/Phänotypisierung)	2.7	µmol/l*min	1.6-4.2

Wildtyp (schnelle Konjugation) 1.6 - 4.2 µmol/l*min

Langsamer Typ 0.3 - 1.5 "

Nulltyp (keine Konjugation) < 0.2 "

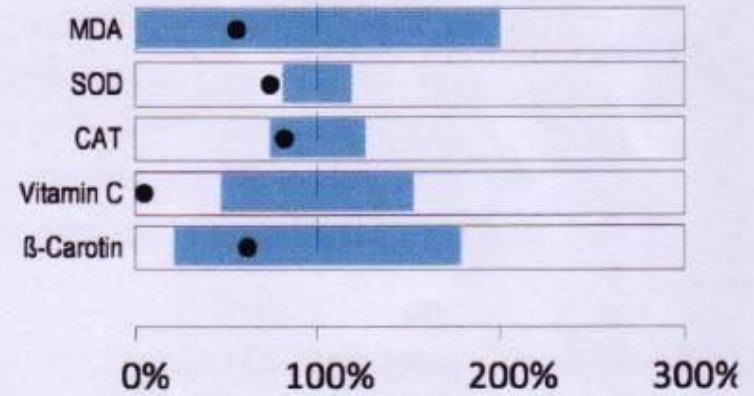
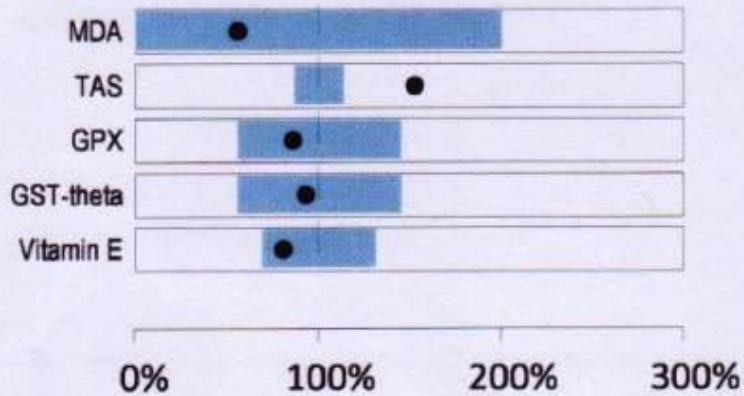
Bei Nulltypverdacht (< 0.3 µmol/l*min) wird der molekulargenetische Nachweis des Defekttyps empfohlen (5 ml EDTA-Blut)!

Medizinisch validiert

Mit freundlichen Grüßen: Dr. med. O. Wetlitzky

2 ox stress fb 27.6.12

Ergebnisse



Darstellung der Testergebnisse in % des Median (=100%)

Legende :



Geschlechts- bzw. alters- abhängiger Normbereich

Labor München Zentrum

Bayerstrasse 53 • 80335 München
Tel.: (089) 5 43 08-0 • Fax (089) 5 43 08-112

Ordination
Dr. med. Lauda Peter
Hebragasse 5/35 (1.DG)
A-1090 Wien

Name	[REDACTED]
Vorname	[REDACTED]
Geburtsdatum	24.08.2008

PatientID-Nr:	2414301036
Tagesnummer:	1206280631
Eingangsdatum:	28.06.2012

Anamnese

Beurteilung:

Bei dem Patienten [REDACTED] stellten wir eine geringe Aktivität des antioxidativen Enzyms Superoxiddismutase fest.

Dies gibt Hinweis auf ein verringertes Detoxifikationsvermögen gegenüber reaktiven Sauerstoffspezies durch die reduzierte Aktivität der Superoxiddismutase. Die Aktivität der SOD ist abhängig von der Anwesenheit verschiedener Metallionen wie z.B. Kupfer, Zink, Eisen und Mangan.

In Aloe Vera und Weizenkeimen ist dieses Enzym beispielsweise zu finden.

Ausserdem fanden wir den Vitamin C-Spiegel erniedrigt. Vitamin C ist im Organismus ein wirksames Mittel zum Abfangen schädlicher Radikale, daher empfehlen wir die verstärkte Aufnahme von Vitamin C-haltigem Obst und Gemüse, wie z.B. Zitrusfrüchten, Weißkohl, Kartoffeln, Hagebutten, Äpfeln und Paprika.

Der Patient gehört aufgrund der hohen Aktivität des Enzyms GST-T zu den schnellen Konjugierern (Wildtyp).

Ordination
Dr. med. Lauda Peter
Hebragasse 5/35 (1.DG)
A-1090 Wien

Name

Vorname

Geburtsdatum

PatientID-Nr:

Tagesnummer:

Eingangsdatum:

Oxidativer Stress

Bei einer Reihe biologischer Reaktionen entstehen reaktive Sauerstoffverbindungen (ROS: "Reactive Oxygen Species"), wie z.B. Wasserstoffperoxid, Hydroxylradikale, Superoxidradikalanionen und organische Peroxide, die durch Angriff an Nucleinsäuren Mutationen oder durch Reaktion mit Lipiden und Proteinen Zellschäden induzieren. Die Detoxifikation der oxidativen Metaboliten wird im Organismus durch ein exogenes und endogenes Abwehrsystem gewährleistet.

Ist das Gleichgewicht zwischen oxidativen Prozessen und die Kapazität antioxidativer Systeme gestört, z.B. durch vermehrte ROS-Produktion (Schadstoffe) eine Hemmung der ROS transformierenden Enzyme, eine mangelhafte Antioxidanzienzufuhr, oder durch Stoffwechselstörungen, kommt es zur Anreicherung und damit verbunden zu Schädigungen durch toxisch wirkende ROS. Diesen Zustand bezeichnet man als Oxidativen Streß. Die toxischen Oxidationsprozesse sind maßgeblich beteiligt bei Atherosklerose, koronaren Herzerkrankungen, chronischen Entzündungen, neurodegenerativen Erkrankungen (Parkinson, Alzheimer und Huntington), Mutationen und Beschleunigung des Alterungsprozesses.

OXIDATIVE MARKER

Lipide

	Testergebnis	Normbereich	Einheit	Median vom Normbereich	Testergebnis in % Bezug Median (=100%)
Malondialdehyd (MDA)	<input type="text" value="0,14"/>	<0,5	µmol/l	0,25	<input type="text" value="56"/>

Malondialdehyd zählt zu den Hauptmarkern der Lipidperoxidation durch ROS, vor allem der Plasmalipide! Es stellt ein stabiles vorläufiges Endprodukt der radikalisch autokatalytischen Kettenreaktion von polyungesättigten Fettsäuren (PUFAs) dar. Peroxydiertes LDL gehört zu den wichtigsten KHK-Risikofaktoren!

Ordination
Dr. med. Lauda Peter
Hebragasse 5/35 (1.DG)
A-1090 Wien

Name
Vorname
Geburtsdatum

PatientID-Nr:
Tagesnummer:
Eingangsdatum:

Oxidativer Stress

Bei einer Reihe biologischer Reaktionen entstehen reaktive Sauerstoffverbindungen (ROS: "Reactive Oxygen Species"), wie z.B. Wasserstoffperoxid, Hydroxylradikale, Superoxidradikalanionen und organische Peroxide, die durch Angriff an Nukleinsäuren Mutationen oder durch Reaktion mit Lipiden und Proteinen Zellschäden induzieren. Die Detoxifikation der oxidativen Metaboliten wird im Organismus durch ein exogenes und endogenes Abwehrsystem gewährleistet.

Ist das Gleichgewicht zwischen oxidativen Prozessen und die Kapazität antioxidativer Systeme gestört, z.B. durch vermehrte ROS-Produktion (Schadstoffe) eine Hemmung der ROS transformierenden Enzyme, eine mangelhafte Antioxidanzienzufuhr, oder durch Stoffwechselstörungen, kommt es zur Anreicherung und damit verbunden zu Schädigungen durch toxisch wirkende ROS. Diesen Zustand bezeichnet man als Oxidativen Streß. Die toxischen Oxidationsprozesse sind maßgeblich beteiligt bei Atherosklerose, koronaren Herzerkrankungen, chronischen Entzündungen, neurodegenerativen Erkrankungen (Parkinson, Alzheimer und Huntington), Mutationen und Beschleunigung des Alterungsprozesses.

OXIDATIVE MARKER

Lipide

	Testergebnis	Normbereich	Einheit	Median vom Normbereich	Testergebnis in % Bezug Median (=100%)
Malondialdehyd (MDA)	<input type="text" value="0,14"/>	<0,5	µmol/l	0,25	<input type="text" value="56"/>

Malondialdehyd zählt zu den Hauptmarkern der Lipidperoxidation durch ROS, vor allem der Plasmalipide! Es stellt ein stabiles vorläufiges Endprodukt der radikalisch autokatalytischen Kettenreaktion von polyungesättigten Fettsäuren (PUFAs) dar. Peroxidiertes LDL gehört zu den wichtigsten KHK-Risikofaktoren!

	Testergebnis	Normbereich	Einheit	Median vom Normbereich	Testergebnis in % Bezug Median (=100%)
Malondialdehyd (MDA)	<input type="text" value="0,14"/>	<0,5	µmol/l	0,89	<input type="text" value="16"/>

Malondialdehyd zählt zu den Hauptmarkern der Lipidperoxidation durch ROS, vor allem der Plasmalipide! Es stellt ein stabiles vorläufiges Endprodukt der radikalisch autokatalytischen Kettenreaktion von polyungesättigten Fettsäuren (PUFAs) dar. Peroxidiertes LDL gehört zu den wichtigsten KHK-Risikofaktoren!

	Testergebnis	Normbereich	Einheit	Median vom Normbereich	Testergebnis in % Bezug Median (=100%)
Malondialdehyd (MDA)	0,14	<0,5	µmol/l	0,89	16

Malondialdehyd zählt zu den Hauptmarkern der Lipidperoxidation durch ROS, vor allem der Plasmalipide! Es stellt ein stabiles vorläufiges Endprodukt der radikalisch autokatalytischen Kettenreaktion von polyungesättigten Fettsäuren (PUFAs) dar. Peroxidiertes LDL gehört zu den wichtigsten KHK-Risikofaktoren!

ANTIOXIDATIVE KAPAZITÄT (endogen / exogen)

Antioxidative Enzyme

	Testergebnis	Normbereich	Einheit	Median vom Normbereich	Testergebnis in % Bezug Median (=100%)
Superoxiddismutase (SOD)	150	164 - 240	U/ml	200	75

Superoxiddismutase (SOD) katalysiert die Entgiftung von Superoxidradikalanionen, der Hauptform reaktiver Sauerstoffverbindungen, zu dem weniger toxischen Wasserstoffperoxid. SOD kommt in zwei verschiedenen Formen vor, der zytoplasmatischen Cu/Zn-abhängigen Form und der mitochondrialen Mn-abhängigen Form. Das vorliegende Ergebnis beinhaltet beide Aktivitäten. SOD zeigt eine altersabhängige Abnahme (ab 65 Jahren) in ihrer Aktivität. Besonders hohe SOD-Konzentrationen finden sich in Erythrozyten!

	Testergebnis	Normbereich	Einheit	Median vom Normbereich	Testergebnis in % Bezug Median (=100%)
Glutathionperoxidase (GPX)	6480	4170 - 10880	U/l	7525	86

Glutathionperoxidase (GPX) ist ein für die Entgiftung von ROS wesentliches selenhaltiges Enzym. GPX katalysiert die Detoxifikation von Peroxiden (Wasserstoffperoxid, Lipidhydroperoxide), wobei reduziertes Glutathion (GSH) zu Glutathiondisulfid/GSSG oxidiert wird. Kovalent gebundenes Selen ist essentiell für dessen Aktivität. Die Aktivität des Enzyms wird stark durch die jeweilige Lebensweise beeinflusst (Ernährung, Tabakrauch). Erhöhter Tabakkonsum erniedrigt die Aktivität, eine gesunde Ernährung steigert sie!

	Testergebnis	Normbereich	Einheit	Median vom Normbereich	Testergebnis in % Bezug Median (=100%)
Catalase (CAT)	19,9	17,9 - 30,6	kU/ml	24,2	82

Catalase (CAT) katalysiert wie die Glutathionperoxidase den Abbau von Wasserstoffperoxid. Zudem katalysiert es die Entgiftung von Wasserstoffdonatoren, wie z.B. Lipidhydroperoxiden zu nicht toxischen Alkoholen und unterbricht damit die Radikalkettenreaktion der Lipidperoxidation. Hohe Konzentrationen finden sich in der Leber und in den Erythrozyten!

Ordination
Dr. med. Lauda Peter
Hebragasse 5/35 (1.DG)
A-1090 Wien

Name
Vorname
Geburtsdatum 24.08.2008

PatientID-Nr: 2414301036
Tagesnummer: 1206280631
Eingangsdatum: 28.06.2012

Glutathion-S-Transferasen

	Testergebnis	Normbereich	Einheit	Median vom Normbereich	Testergebnis in % Bezug Median (=100%)
Glutathion-S-Transferase theta	2,7	Null <0,2; langsam 0,3-1,5; schnell 1,6-4,2	µmol/l·min	2,1	129

Glutathion-S-Transferase-theta (GSTT1-1) katalysiert die Übertragung von Glutathion auf Mono- und Dihalogenierte Kohlenwasserstoffe, wie Methylen-bromid, -chlorid, -iodid. Weitere Substrate sind Ethylenoxid, Monoepoxybuten, Diepoxybutan, Styren und Styrenoxid. GST-theta wird nahezu ausschließlich in der Leber exprimiert. Aufgrund der Aktivität des Enzyms erfolgt die Einstufung als schneller Konjugierer / langsamer Konjugierer und Nichtkonjugierer (Nulltyp).

Exogene Antioxidantien

fettlöslich

	Testergebnis	Normbereich	Einheit	Median vom Normbereich	Testergebnis in % Bezug Median (=100%)
Vit E / Tocopherol	13,6	11,6-22	mg/l	16,8	81

Vitamin E ist das wichtigste exogene Antioxidativum der Lipidphase. Durch Abgabe eines Wasserstoffatoms an das Lipidradikal hemmt Vitamin E die Peroxidation polyungesättigter Fettsäuren in Plasma- bzw. Membranlipiden. Ubichinon / Coenzym Q ist der Vitamin E Aktivierung vorgeschaltet. Oxidiertes Vitamin E wird durch Vitamin C regeneriert. Präventiv wirkt Vitamin E gegen koronare Herzerkrankungen, diskutiert wird ebenfalls ein positiver Einfluß bezüglich der Tumorbildung.

Carotinoide

	Testergebnis	Normbereich	Einheit	Median vom Normbereich	Testergebnis in % Bezug Median (=100%)
β-carotin	434	150 - 1250	µg/l	700	62

Beta-Carotin ist die Hauptform der Carotinoide (15-30% im Serum). Es kommt in fast allen orangefarbenen Gemüsen und Obstsorten vor, wie z.B. u.a. in Pfirsich, Nektarinen, Orangen und Kürbisen, sowie in grünblättrigen Gemüse darunter v.a. Rosenkohl, Spinat, Kopfsalat und Erbsen. Beta-Carotin ist nicht hitzeempfindlich. Besonders hohe Konzentrationen finden sich in der Aprikose, im Grünkohl und in der Karotte. Zusätzlich zu seinem Provitamin-A-Status, gilt beta-Carotin bei geringem Sauerstoffpartialdruck als potentes Antioxidans mit sehr hoher Aktivität gegenüber Singulett-Sauerstoff (Inhibition der Lipidperoxidation). Durch die antioxidativen Eigenschaften ist beta-Carotin unerlässlich für die Kontrolle der Zellvermehrung, die Beeinflussung der Zelldifferenzierung und seine immunstimulierenden Eigenschaften als starkes Antikarzinogen (v.a. Lungenkrebs, diskutiert wird auch Mundschleimhautkrebs).

wasserlöslich

	Testergebnis	Normbereich	Einheit	Median vom Normbereich	Testergebnis in % Bezug Median (=100%)
Vitamin C	<0,5	4,6-14,9	µg/ml	8	

Vitamin C gilt als wichtigstes exogenes Antioxidativum der wässrigen Phase, das mit ROS, insbesondere mit Superoxidradikalanionen, Hydroxylradikalen, Singulett-Sauerstoff und Wasserstoffperoxid unter Bereitstellung eines Wasserstoffatoms reagiert. Das entstehende Semidehydroascorbatradikal disproportioniert mit einer Halbwertszeit von 0,17 sec zu Vitamin C und Dehydroascorbat. Die Regeneration von oxidiertem Vitamin C (Dehydroascorbat) erfolgt durch Glutathion! Eine weitere Funktion von Vitamin C liegt in seiner Regenerierung von Vitamin E. In Gegenwart von freien Übergangsmetallionen (Fe(II), Cu(I)) kann Ascorbinsäure auch prooxidativ wirken und die Bildung reaktiver Hydroxylradikale forcieren. Von Bedeutung ist dies bei einer toxischen Eisen- bzw. Kupferüberladung. Unter normalen physiologischen Konzentrationen überwiegt die antioxidative Wirkung!

Anmerkung: Vitamin C ist im Vollblut nicht stabil und wird schnell zu Dehydroascorbat oxidiert. Für die Bestimmung ist daher die Einsendung von abpipettiertem, eingefrorenem Heparin-Plasma unumgänglich.

Gesamte Antioxidative Kapazität

	Testergebnis	Normbereich	Einheit	Median vom Normbereich	Testergebnis in % Bezug Median (=100%)
Totaler-Antioxidantien-Status	2,29	1,3 - 1,7	mmol/l	1,5	153

TOTALE ANTIOXIDATIVE KAPAZITÄT – ist die Gesamtkapazität des Serums, reaktive Sauerstoffspezies = ROS zu neutralisieren. Sie resultiert aus der aktuellen Radikalbelastung und der Summe endo-/exogener antioxidativer Mechanismen.

Hohe Werte sind Ausdruck einer niedrigen oxidativen Belastung und effizienter antioxidativer Mechanismen.

3. detox + kp 30.6.13

PV	LABOR MÜNCHEN ZENTRUM, 80335 München Telefon (089) 54308 - 0	16 U0785
-----------	--	--------------------

Telefon: 0043-1/4060517

Ordination Dr. med.

Peter H. Lauda
Praxisgemeinschaft Hebragasse
Hebragasse 5/35 (1.DG-Lift)
1090 Wien
Österreich

Auftragsnummer: 2414301002

Tagesnr: **1206300180**
 Probenentnahme: **06.07.12 / 13:04 Uhr**
 Eingangsdatum: **30.06.12 09:17 Uhr**
 Ausgangsdatum: **18.07.12**

Endbefund

Seite: 1 / 1

	Geb.-Datum	Geschlecht	Frankenkasse	SSW/CT
	24.08.2008	M	PRI	

ANALYSE	ERGEBNIS	EINHEIT	NORMWERTE
Diagnose:			
Vorhandene Materialien:	Urin 1	Coffeinmetabolit/Detox	Plus
Urin Kryptopyrrol (* nachgereicht am 6.7.12)	(*)		
Urin (* nachgereicht am 6.7.12 mit Zusatz	(*)		

Urin	(*)		
(*) nachgereicht am 6.7.12			
mit Zusatz			
Einsenderprofil 2	.		
Einsenderprofil 3	.		
Kryptopyrrol (U)	8.0	µg/dl	<13
<i>Kryptopyrrol wird u.a. auch als 'Mauve-Faktor' (Malvenfaktor) bezeichnet.</i>			
<i>Bei der Messung wird OH-Hemopyrrol erfasst!</i>			
DETOXIFIKATIONSASSAY (U)	.		
CYP1A2-Aktivität	3.89	Metab. Ratio	3.58-4.28
CYP2A6-Aktivität	0.20	Metab. Ratio	0.16-0.2
Xanthinoxidase-Aktivität	- 0.52	Metab. Ratio	0.59-0.69
N-Acetyltransferase 2-Aktiv.	+ 0.33	Metab. Ratio	0.05-0.31
Kreatinin (U)	(*)		
(*) Kein Untersuchungsmaterial vorhanden			

Medizinisch validiert

Mit freundlichen Grüßen: Dr. med. Rudolf Gruber

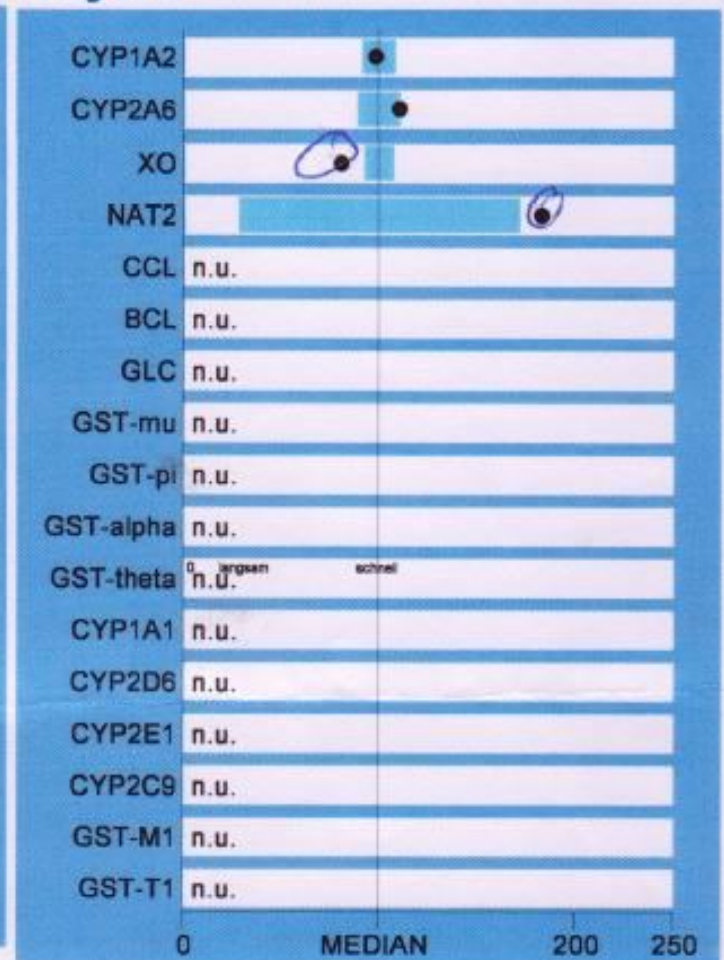
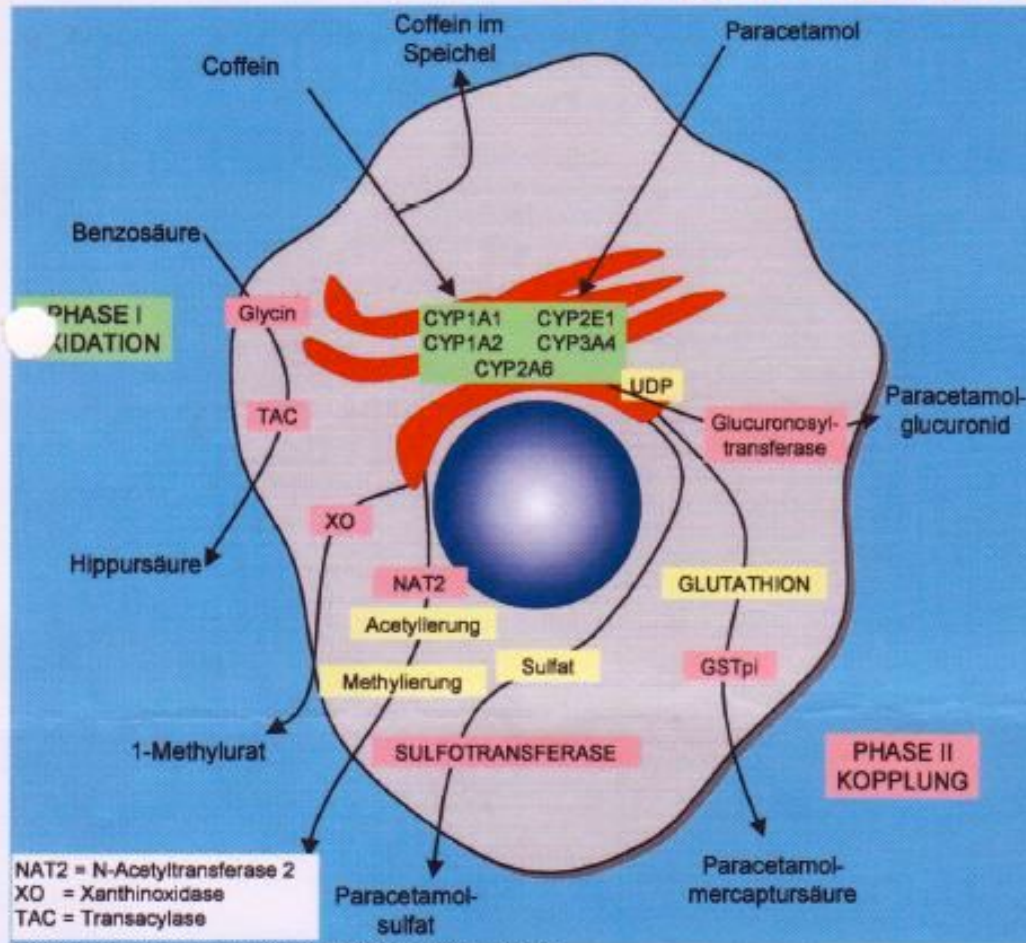
4. detox fb 30.6.12

Ordination
Dr. med. Lauda Peter
Hebragasse 5/35 (1.DG)
A-1090 Wien

Name	[REDACTED]
Vorname	[REDACTED]
Geburtsdatum	24.08.2008

PatientID-Nr.	2414301002
Tagesnummer:	1206300180
Eingangsdatum:	30.06.2012

Detoxifikationsanalyse



Darstellung der Testergebnisse in % des Median (100%)

Funktionstests:	n.u. = nicht untersucht Coffeinmetaboliten (CYP1A2, CYP2A6, Xanthinoxidase (XO), (NAT2), Coffeinclearance (CCL), Benzoclearance (BCL), Glucarsäure (GLC)
Protein/Enzymassays:	GST-mu, GST-pi, GST-alpha, GST-iheta
Genetische Analyse:	CYP1A1, CYP2D6, CYP2E1, CYP2C9, GST-M1, GST-T1, NAT2
Paracetamol:	Paracetamol-Glucuronid (PAGL), Paracetamol (PARU), Paracetamol-Sulfat (PASU), Paracetamol-Mecapturat (PAME)

Legende : Geschlechts- bzw. alters- abhängiger Normbereich

Anamnese:

Beurteilung

Der bei dem Patienten durchgeführte Leberfunktionstest (CYP1A2, CYP2A6, XO, NAT2) ergab eine erniedrigte Aktivität der Xanthinoxidase und eine erhöhte Enzymaktivität des Phase II-Enzyms N-Acetyltransferase 2 (NAT2). Die Xanthinoxidase katalysiert die Entgiftung von endogenen Purinen und Pyrimidinen, sowie Medikamenten, die den Purin-/Pyrimidinstoffwechsel beeinflussen.

Empfehlung:

1. Vermehrte Aufnahme von Antioxidantien um reaktive Phase I-Metaboliten und Sauerstoffradikale zu neutralisieren (v.a. Acetylcystein (als Glutathionprecursor), Vitamin C, Vitamin E, Selen, Flavonoide).
2. Vermeidung einer übermäßigen Exposition v.a. mit aromatischen und heterocyclischen Aminen, halogenierten aromatischen Kohlenwasserstoffen und Epoxiden.
3. Eine genotypische Bestimmung der NAT II ist empfehlenswert um festzustellen ob die Patientin zum Genotyp der langsamen

Ordination
Dr. med. Lauda Peter
Hebragasse 5/35 (1.DG)
A-1090 Wien

Name
Vorname
Geburtsdatum

[REDACTED]
[REDACTED]
24.08.2008

PatientID-Nr: 2414301002
Tagesnummer: 1206300180
Eingangsdatum: 30.06.2012

Acetylierer gehört.

Die erhöhte Enzymaktivität des Phase II-Enzyms N-Acetyltransferase 2 (NAT2) deutet auf die Möglichkeit, dass der Patient zur Gruppe der "schnellen Acetylierer" gehört.

Dies gibt einen Hinweis auf eine schnelle Entgiftung von aromatischen und heterocyclischen Aminen durch die N-Acetyltransferase. Diese Substrate finden sich z.B. in Farbstoffen, Arzneiwirkstoffen, Pestiziden, Haarfärbemitteln, Zigarettenrauch.

Empfehlung:

1. Vermeidung einer übermäßigen Exposition v.a. mit aromatischen und heterocyclischen Aminen, halogenierten aromatischen Kohlenwasserstoffen und Epoxiden.
2. Eine genotypische Bestimmung der NAT II ist empfehlenswert, um festzustellen, ob Herr Prinsen zum Genotyp der schnellen Acetylierer gehört.

Detoxifikationsanalyse

Die Entgiftung toxischer Substanzen erfolgt hauptsächlich in der Leber durch Phase I- und Phase II-Reaktionen. Durch diese wird die Umwandlung lipophiler Xenobiotika in hydrophile leicht ausscheidbare Stoffe katalysiert. In den Phase I-Reaktionen werden allg. lipophile Stoffe (toxisch/nicht toxisch) oxidativ, reduktiv oder hydrolytisch verändert. Die dabei gebildeten häufig toxischen - Metaboliten werden unter Beteiligung spezifischer Transferasen in den Phase II-Reaktionen durch Konjugation mit einer körpereigenen hydrophilen Ankersubstanz, wie Glutathion, Acetat, Glucuronsäure, Schwefelsäure oder Glycin, metabolisiert und für die renale Elimination vorbereitet. Xenobiotika mit polaren Gruppen durchlaufen keine Phase I-Reaktionen, sie werden direkt in der Phase II metabolisiert. Die Regulation der Entgiftung (Enzyminduktion / Enzymhemmung) ist sowohl von der Aufnahme exogener Substanzen (Nahrungsmittelbestandteile, Schadstoffe, Arzneimittel), als auch von den Faktoren Alter, Geschlecht, Genetik (Polymorphismen), Lebensgewohnheiten (Rauchen) und Gesundheitszustand, abhängig. Die größte Bedeutung für oxidative Reaktionen der Phase I besitzen die mikrosomalen P-450-Cytochrom-Monooxygenasen. Diese sind in den Membranen des endoplasmatischen Retikulums der Leberzelle lokalisiert und katalysieren allgemein Reaktionen, bei denen organische Substrate unter Verbrauch eines Sauerstoffatoms hydroxyliert (R-OH) werden.

Dadurch wird die Ausscheidung über den Urin oder die Galle ermöglicht. Beim Menschen kommen zahlreiche Isoenzyme des P-450-Cytochromkomplexes mit definierten, teilweise überlappenden Aktivitätsspektren vor. Diese werden abhängig von ihrer Substratspezifität in einzelne Familien und Unterfamilien eingeteilt. Für die Metabolisierung von Xenobiotika sind insbesondere die Familien I-IV mit ihren Unterfamilien (A, B, ...) von Bedeutung. Zu den bedeutenden Phase II-Konjugationsenzymen gehören Glutathion-S-Transferasen (GST), N-Acetyltransferasen (NAT) und Sulfattransferasen.

Coffeinmetaboliten

Phase I

Die Bestimmung der Hauptmetaboliten von Coffein im Urin, ermöglicht die funktionelle Analyse wichtiger Biotransformationsenzyme des P450-Cytochromkomplexes (CYP1A2, CYP2A6), der Phase-I-Oxidation durch Xanthinoxidase und der Phase II-Acetylierung durch N-Acetyltransferase-2 (NAT-2).

	Testergebnis	Normbereich	Einheit
CYP1A2	3,89	3,58 - 4,28	S.E.M

Cytochrom-P4501A2 katalysiert vor allem die Phase I-Metabolisierung der aromatischen und heterocyclischen Amine, die als Nahrungsmittel-Pyrolyseprodukte gebildet werden, im Tabakrauch vorhanden sind und für die Synthese von Farbstoffen, Arzneimitteln sowie Pestiziden verwendet werden. Zu den Arzneimitteln, die durch CYP1A2 metabolisiert werden gehören u.a. die Anilinderivate Phenacetin und Paracetamol, sowie Coffein, Theophyllin und Clozapin. Ein weiteres Substrat ist Aflatoxin B1, ein karzinogener Naturstoff, der durch CYP1A2 zum mutagenen Epoxid transformiert wird. CYP1A2 gehört mit $12,7 \pm 6.2$ % des gesamten P450-Anteils in der Leber zu den Hauptenzymen des Cytochrom-P-450-Enzymkomplexes. In der Bevölkerung liegen nennenswerte Unterschiede in der Aktivität vor, die auf eine Aktivierung aber auch Hemmung des Enzyms zurückzuführen sind. Ebenso sind Polymorphismen bekannt, die ein leicht induzierbares Enzym zur Folge haben. Der CYP1A1- und der GSTM1- Polymorphismus beeinflusst ebenfalls die CYP1A2-Aktivität. Personen, mit genetisch bedingt fehlender bzw. verringerter CYP1A1- oder GSTM1- Aktivität, zeigten eine gesteigerte CYP1A2-Aktivität.

INFO

Tel : 089 54308 - 170

Dr. rer. nat. Ralf Arnecke

Ordination
Dr. med. Lauda Peter
Hebragasse 5/35 (1.DG)
A-1090 Wien

Name: [REDACTED]
 Vorname: [REDACTED]
 Geburtsdatum: 24.08.2008

PatientID-Nr: 2414301002
 Tagesnummer: 1206300180
 Eingangsdatum: 30.06.2012

Testergebnis	Normbereich	Einheit
CYP2A6	0,20	0,16 - 0,2
		S.E.M

Cytochrom-P4502A6 katalysiert vor allem die Phase I-Metabolisierung der Dimethylnitrosamine, die in Lebensmitteln, insbesondere in gepökelten Räucherwaren sowie im Tabakrauch vorkommen. CYP2A6 ist auch an der Biotransformation von Valproinsäure (Antiepileptika), Nicotin, Cotinin (Metabolit von Nicotin), Hexamethylphosphoramid (Prokarzinogen), 2,6-Dichlorobenzonitril (Herbizid) und Nitrophenol beteiligt. Cumarin, ein Pflanzenglycosid, ist ein spezifisches, selektives Substrat für CYP2A6. Die Metabolisierung von Nicotin, Cotinin und Valproinsäure wird durch Cumarin gehemmt. Schwankungen in der Aktivität von CYP2A6 sind auch genetisch bedingt (Polymorphismus). Mit dem Alter nimmt die Enzymaktivität ab.

Testergebnis	Normbereich	Einheit
XO	0,52	0,59 - 0,69
		S.E.M

Xanthinoxidase, ein Flavoenzym, gehört zu den löslichen cytoplasmatischen Enzymen mit höchster Enzymaktivität in der Leber und Intestinum. XO katalysiert die oxidative Metabolisierung der endogenen Purine und Pyrimidine, sowie der Arzneigruppen Captopurin und Azathioprin. Die Umsetzung von Xanthin führt zur Bildung von Harnsäure unter Generierung toxischer Superoxidradikalanionen. Genetische Polymorphismen sind nicht bekannt, es zeigt sich jedoch ein weites Aktivitätsspektrum.

Phase II

Testergebnis	Normbereich	Einheit
NAT2	0,33	0,05 - 0,31
		S.E.M

N-Acetyltransferasen katalysieren den N-Acetyltransfer aus Acetyl-Coenzym A auf den Stickstoff von primären Aminen, Arylaminen, Hydrazinen und Hydraziden, sowie den O-Acetyltransfer auf den Sauerstoff von Hydroxylaminen. Im Menschen existieren zwei Acetyltransferasen, die sich stark in ihrer Substratspezifität unterscheiden. Die N-Acetyltransferase2 wird polymorph exprimiert. Zu den Substraten der NAT2 gehören mehr als 15 häufig verwendete Arzneimittel, wie z.B. Isoniazid, Sulfamethazin, Sulfapyridin, Hydralazin, Procainamid, Dapson und Coffein. Ebenso sind die toxikologisch wichtigen aromatischen Amine, wie 2-Naphthylamin, 4-Aminobiphenyl, Benzidin, 2-Aminofluoren, 4,4'-Methylen-bis-(2-chloranilin) und 2-Hydroxylaminofluoren (O-Acetylierung) Substrate der NAT2. NAT2 ist im Cytosol der Leber und der Dünndarmepithelien lokalisiert. Die NAT2 zeigt drei verschiedene Polymorphismen M1, M2, M3 mit unterschiedlichen Allelfrequenzen. Abhängig von der genetischen Determinierung (homozygote Mutation / heterozygote Mutation / Wildtypallele) wird zwischen „langsamen Acetylierern“, „mittleren Acetylierern“ und „schnellen Acetylierern“ unterschieden. Durch die Messung der Aktivität der NAT2 können „langsame“ und „schnelle Acetylierer“ differenziert werden.

„Schnelle Acetylierer“ können Phase I-Metaboliten sowie Xenobiotika schnell und effizient metabolisieren. Gegenüber heterocyclischen Aminen, die als Pyrolyseprodukte bei der Zubereitung von Fleisch entstehen, wurde jedoch eine höhere Empfindlichkeit festgestellt.



Gruppenpraxis
 FachärztInnen für Medizinische
 und Chemische Labordiagnostik

- Alle Laboruntersuchungen
- Mikrobiologie, Genanalysen
- Alle Kassen und Privat
- ISO 9001 Systemzertifizierung

Dr. J. Bauer, Univ.-Doz. Dr. M. Exner, Dr. E. Mühl, Dr. M. Mühl, Univ.-Prof. Dr. W. Speiser, Univ.-Prof. Dr. S. Spitzauer und Dr. S. Wagner

A

Herrn Dr.
Peter Heinrich LAUDA
 Praxisgemeinschaft Hebragasse
 Hebragasse 5/35 (1.DG-Lift)
 A 1090 Wien

Mühl 24 ↑
Exner 222 ↑
AP 377 ↑
Exner 217 ↑
mit D 23 ↓

Zustellung: +IB/+AO:2/+IF

Wien, am 06.07.2012 16:49

Aufnahme : 28.06.2012
 Abnahme : 27.06.2012
 Auftrag : 1612516892

Speiser 33 ↓
Exner 56 ↑

Patient:

E N D - B E F U N D

Geb.Dat.24.08.2008 M
 Kopie:

Ergebnis

Normalbereich

Grafik

Blutgruppenkarte wird PatientIn binnen 14 Tagen zugesendet

BLUTSENKUNG NACH WESTERGREN

Ergebnis	Normalbereich	Grafik
BSG nach 1 Stunde	7 mm	< 15 (*)
BSG nach 2 Stunden	19 mm	< 32 (*)

HÄMATOLOGISCHE BEFUNDE

Erythrozyten	4.7	T/l	4.0 - 5.2	(*)
Hämoglobin	13.2	g/dl	10.5 - 13.5	(*)
Hämatokrit	0.41	l/l	0.32 - 0.40	(*)
MCV (mittl. Zellvolumen)	87	fl	72 - 89	(*)
MCH (mittl. Zell-Hb)	28	pg	23 - 31	(*)
MCHC (mittl. Zell-Hb-Konz.)	32	g/dl	32 - 36	(*)
Erythrozytenverteilungsbreite	13	%	11 - 16	(*)

Beschaffenheit des roten BB: unauffällig

Thrombozyten	324	G/l	150 - 450	(*)
Leukozyten	8.2	G/l	4.5 - 13.0	(*)

Differentialblutbild:

Stabkernige (rel.)	4	rel %	< 5	(*)
Segmentkernige (rel.)	33	rel %	40 - 60	<- (*)
Eosinophile (rel.)	1.9	rel %	< 5.0	(*)
Basophile (rel.)	0.6	rel %	< 2.0	(*)
Monozyten (rel.)	4	rel %	3 - 10	(*)
Lymphozyten (rel.)	56	rel %	30 - 40	(*) ->
Stabkernige (abs.)	0.3	G/l	< 0.5	(*)
Segmentkernige (abs.)	2.7	G/l	1.8 - 7.8	(*)
Eosinophile (abs.)	0.16	G/l	< 0.50	(*)
Basophile (abs.)	0.05	G/l	< 0.20	(*)
Monozyten (abs.)	0.3	G/l	0.1 - 1.3	(*)
Lymphozyten (abs.)	4.6	G/l	1.3 - 5.2	(*)

Beschaffenheit des weißen BB: reaktive Lymphozyten

BLUTGRUPPENSEROLOGIE

Blutgruppe
Rhesusfaktor
Antikörper-Suchtest (ICT)

A
Rh neg
negativ
Folgende irreguläre antierythrozytäre
Antikörper einschließlich RHESUSANTIKÖRPER
konnten zum jetzigen Zeitpunkt
ausgeschlossen werden: Anti-D C E c e Cw K
k Kpb Jsb Fya Fyb Jka Lea Pl M N S s Lua
Lub und Xga (Indirekter Coombs-Test)

CHEMISCHE BEFUNDE

Glukose (nüchtern)	90 mg/dl	< 100	(*)
HbA1c	5.4 %	4.0 - 6.0	(*)
HbA1c (Berechnung nach IFCC)	35.5 mmol/mol	20.2 - 42.1	(*)
<i>Beeinflussung der HbA1c-Werte durch schwankende Hämoglobin-Konzentrationen möglich.</i>			
Triglyceride	70 mg/dl	< 150	(*)
Cholesterin	222 mg/dl	< 200	(*)
anzustreben: <200 mg/dl grenzwertig: 200-240 mg/dl erhöht: >240 mg/dl			
HDL-Cholesterin	81 mg/dl	> 40	(*)
erniedrigt: <40 mg/dl anzustreben: >60 mg/dl			

LDL-Cholesterin

127 mg/dl

Atheroskleroserisiko gering: 100-129 mg/dl

leicht erhöht: 130-159 mg/dl

hoch: 160-190 mg/dl

sehr hoch: >190 mg/dl

Individuelle Risikofaktoren berücksichtigende

Therapiezielwerte: www.labors.at

Analysenverzeichnis > LDL-Cholesterin

Cholesterinquot. (Chol/HDL)

2.7

< 5.0

(*)

Homocystein

6 µmol/l

< 17

(*)

Bilirubin gesamt

0.5 mg/dl

< 1.2

(*)

GOT (ASAT)

40 U/l

< 52

(*)

GPT (ALAT)

22 U/l

< 39

(*)

GGT (Gamma-GT)

10 U/l

< 23

(*)

Alkalische Phosphatase

319 U/l

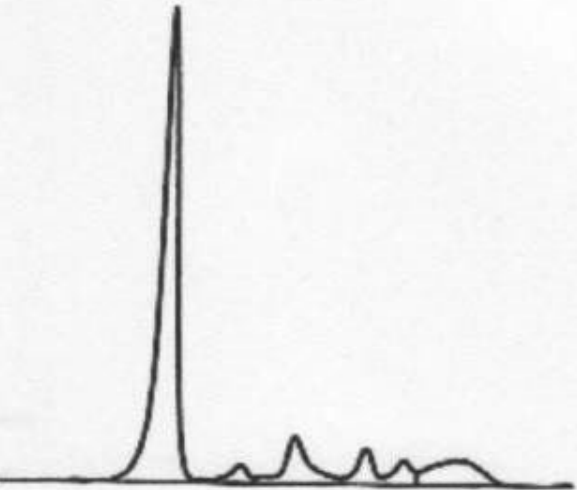
< 269

(*)

Referenzwertänderung ab 8.5.2012.

	Ergebnis		Normalbereich	Grafik
Cholinesterase	11836	U/l	5320 - 12920	(*)
CK, Creatinkinase	166	U/l	< 190	(*)
LDH	241	U/l	< 332	(*)
Eisen	106	µg/dl	59 - 158	(*)
Transferrin	263	mg/dl	206 - 334	(*)
Transferrinsättigung	29	%	15 - 45	(*)
EBK gesamt	371	µg/dl	268 - 436	(*)
Ferritin	80	ng/ml	7 - 67	(*) ->
BUN (Harnstoff-N)	14	mg/dl	5 - 18	(*)
Kreatinin	0.4	mg/dl	0.2 - 0.4	(*)
EGFR (estim.glom.filt.rate)	> 60	ml/min	> 60	(*)
Harnsäure	3.6	mg/dl	3.4 - 7.0	(*)
Calcium	2.7	mmol/l	2.1 - 2.6	(*) ->
Chloride	105	mmol/l	95 - 110	(*)
Kalium	4.8	mmol/l	3.5 - 5.5	(*)
Natrium	140	mmol/l	135 - 146	(*)
Phosphat anorg.	1.5	mmol/l	1.0 - 2.3	(*)
Gesamteiweiß	7.1	g/dl	6.0 - 8.0	(*)

Serumeiweiß-Elektrophorese:



Albumin (rel.)	65.5	%	55.8 - 66.1	(*)
Alpha-1-Globulin (rel.)	3.2	%	2.9 - 4.9	(*)

Aufnahme: 28.06.201

Auftrag: 16125168

	Ergebnis	Normalbereich	Grafik
<u>Serumeiweiß-Elektrophorese:</u> (Fortsetzung)			
Alpha-2-Globulin (rel.)	10.7 %	7.1 - 11.8	(*)
Beta-Globulin (rel.)	9.3 %	8.4 - 13.1	(*)
Gamma-Globulin (rel.)	11.3 %	11.1 - 18.8	(*)
Albumin (abs.)	46.5 g/l	37.0 - 51.0	(*)
Alpha-1-Globulin (abs.)	2.3 g/l	1.7 - 3.9	(*)
Alpha-2-Globulin (abs.)	7.6 g/l	4.3 - 9.4	(*)
Beta-Globulin (abs.)	6.6 g/l	5.0 - 10.5	(*)
Gamma-Globulin (abs.)	8.0 g/l	6.7 - 15.0	(*)
CRP	< 0.04 mg/dl	< 0.5	(*)
ASLO (Antistreptolysin)	< 20 U/ml	< 200	(*)
	Wert kontrolliert		
<u>Harnbefunde:</u>			
Harnfarbe	hellorange		
Spezifisches Gewicht Harn	1.028	1.001 - 1.035	(*)
pH-Wert Harn	6.0	4.5 - 8.0	(*)
Nitrit im Harn	negativ		
Eiweiß im Harn	5 mg/dl	< 30	
Zucker im Harn	negativ mg/dl	< 50	
Ketonkörper im Harn	negativ		
Urobilinogen im Harn	negativ		
Bilirubin im Harn	negativ		
Blut im Harn	negativ		
Leukozyten im Harn	negativ		
Sediment im Harn	Bakterien		
	(+) vereinzelt Oxalatkristalle		

SPURENELEMENTE, VITAMINE

Magnesium im Serum	0.9 mmol/l	0.7 - 1.1	(*)
25 OH Vitamin D total	29 ng/ml	30 - 100	<-()
25 OH Vitamin D total (IFCC)	72 nmol/l	75 - 250	<-()

Achtung: geänderter Referenzwert ab 29.3.2012
Patienten mit chronisch granulomatösen Erkrankungen (z.B. Sarkoidose, Tuberkulose, seltene chronische Pilzinfektionen) oder Lymphomen, die aufgrund einer vermehrten extrarenalen Expression der Vitamin D 1-Hydroxylase zur Hyperkalzämie neigen: 20-30 ng/ml (50-75 nmol/l)

TUMORMARKER

Calcitonin	5.2 pg/ml	< 11.8	(*)
------------	-----------	--------	-------

HORMONE

Schilddrüsenhormone:

FT3	4.0 pg/ml	2.0 - 5.9	(*)
FT4	1.3 ng/dl	0.9 - 1.8	(*)

Sexualhormone:

Ostradiol (E2) < 5 pg/ml 5 - 20 <- ()

Gesamt-Testosteron unterhalb der Nachweisgrenze
Tanner Stadium 1:<0.025, TStd.2:<0.025-4.32, TStd.3:0.649-7.78,
TStd.4:1.80-7.63, TStd.5:1.88-8.82
Definition der Tanner Stadien siehe www.labors.at

Hypophysenhormone:

TSH 1.8 µU/ml 0.5 - 4.5 (*)

0.3-4.0: euthyreot
0.1-0.3: euthyreot oder supprimiert
TRH-Test angezeigt
< 0.1: sicher supprimiert

FSH (Follikelstimul.Hormon) 1.6 mU/ml 1.5 - 12.4 (*)
LH (Luteinisierendes Hormon) 0.2 mU/ml 1.7 - 8.6 <- ()
Prolactin 10.7 ng/ml 4.6 - 21.4 (*)

Diverse Hormone:

Parathormon intakt 35.7 pg/ml 15.0 - 65.0 (*)

AUTOANTIKÖRPER

Rheumafaktor 9 IU/ml < 15 (*)
ANA Screen (CTD) negativ (0.2 ratio)
<0.7:negativ
0.7-1.0:grenzwertig
>1.0:positiv

Doppelstrang DNA Auto-AK negativ U/ml
<10:negativ
10-15:grenzwertig
>15:positiv

Thyreoglobulin Auto-AK < 10 IU/ml < 115 (*)
Schilddrüsenperoxid. Auto-AK 6 IU/ml < 34 (*)

INFEKTIONSSEROLOGIE

Antikörper gegen Pilze, Pilznachweis:

Candida albicans AK <1:20
<1:320 negativ
1:320-1:640 grenzwertig
>1:640 positiv

MIKROBIOLOGISCHE HARNUNTERSUCHUNG

Standardkultur und Resistenz

Gesamtkeimzahl: 10^5

Keim: A 10^5 Enterococcus faecalis
Keim: B 10^5 Proteus mirabilis

Antibiogramm	A	B
Ampicillin (1)	+	+
Amoxicillin/Clavulansäure (3)		+
Mecillinam		+
Cefalexin (4)		+
Cefuroxim (5)		+
Cefotaxim (7)		+
Ceftazidim		+
Cefepim (8)		+
Ertapenem		+
Meropenem		+
Ciprofloxacin (12)		+
Gentamicin (14)		+
Amikacin		+
Teicoplanin		+
Vancomycin	+	
Fosfomycin	+	
Nitrofurantoin		*
Trimethoprim	+	*

- (1) Gilt auch für Amoxicillin, Piperacillin
(3) Gilt auch für Ampicillin/Sulbactam, Piperacillin/Tazobactam
(4) Gilt auch für Cefazolin, Cefaclor
(5) Gilt auch für Cefotiam, Cefamandol
(7) Gilt auch für Ceftriaxon, Cefixim
(8) Gilt auch für Cefpirom
(12) Gilt auch für Levofloxacin
(14) Gilt auch für Tobramycin

(-)=resistent (+)=empfindlich (x)=mäßig empfindlich
(*)=nicht getestet, da nicht im vorgesehenen Behandlungsspektrum

Leere Felder entsprechen nicht dem Behandlungsspektrum des jeweils angeführten Keims und wurden deshalb nicht ausgetestet.

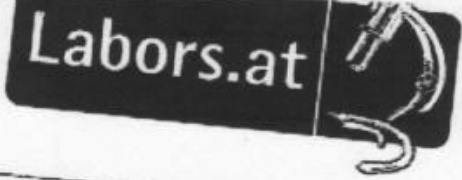
Anpassung der Resistenzbestimmung gemäß EUCAST Version 2.0 2012

Medizinische Informationen zu den einzelnen Analysen finden Sie unter:
www.labor.at/analysenverzeichnis.html
Mit der Laborcard können Sie Befunde auch über das Internet abrufen:
www.labor.at/leistungen-laborcard.html

Druck: 06.07.2012 16:50

Seite 6 mit kollegialen Grüßen





Gruppenpraxis
FachärztInnen für Medizinische
und Chemische Labordiagnostik

- Alle Laboruntersuchungen
- Mikrobiologie, Genanalyse
- Alle Kassen und Privat
- ISO 9001 Systemzertifizierung

Dr. J. Bauer, Univ.-Doz. Dr. M. Exner, Dr. E. Mühl, Dr. M. Mühl, Univ.-Prof. Dr. W. Speiser, Univ.-Prof. Dr. S. Spitzauer und Dr. S. Wag

A

Herrn Dr.
Peter Heinrich LAUDA
Praxisgemeinschaft Hebragasse
Hebragasse 5/35 (1.DG-Lift)
A 1090 Wien

Zustellung: +IB/+AO:2/+IF +IP

Wien, am 12.07.2012 13:02

Aufnahme : 28.06.2012
Abnahme : 27.06.2012
Auftrag : 1612517340

Patient:

E N D - B E F U N D

Geb.Dat.24.08.2008 M
Kopie:

STUHLBEFUNDE:

Ergebnis

Normalbereich Grafik

Blut im Stuhl

negativ

Elastase im Stuhl

> 500 µg/gStuhl > 200 (*)
Aufgrund physiologischer Schwankungen
der Elastasekonzentration im Stuhl
empfehlen wir die Einsendung von mind.
zwei verschiedenen Stuhlproben.

MIKROBIOLOGISCHE STUHLUNTERSUCHUNG

Standardkultur auf pathogene Keime

- Salmonellen
- Shigellen
- Yersinien
- Campylobacter

- kein Wachstum
- kein Wachstum
- kein Wachstum
- kein Wachstum

Pilzkultur

Pilzkultur im Stuhl

kein Wachstum

Parasiten

Pilzkultur

kein wachstum
kein Wachstum

Pilzkultur im Stuhl

kein Wachstum

Parasiten-/Protozoennachweis

Parasiten/Protozoen im Stuhl

negativ
Bei klinischem Verdacht auf Parasitose wird
die Einsendung von 2 weiteren frischen
Stuhlproben empfohlen.

Adenovirennachweis

Adenoviren im Stuhl

negativ

Rotavirennachweis

Rotaviren im Stuhl

positiv

Ergebnis

Normalbereich

Grafik

Kommentar:

Viren-Befund wurde bereits am 28.06.12 per Fax mitgeteilt

Medizinische Informationen zu den einzelnen Analysen finden Sie unter:
www.labors.at/analysenverzeichnis.html
Mit der Laborcard können Sie Befunde auch über das Internet abrufen:
www.labors.at/leistungen-laborcard.html

Ergebnis

Normalbereich

Grafik

Kommentar:

Viren-Befund wurde bereits am 28.06.12 per Fax mitgeteilt

Medizinische Informationen zu den einzelnen Analysen finden Sie unter:
www.labors.at/analysenverzeichnis.html
Mit der Laborcard können Sie Befunde auch über das Internet abrufen:
www.labors.at/leistungen-laborcard.html

6. ts 27.6.12

Dr. med. univ. Peter H. Lauda
Arzt für Allgemeinmedizin
Facharzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin
ÖÄK Diplome Sportarzt, Notfallmedizin

Wien, am

27.6.12

op. 24.8.08

THERAPIESCHEMA / REZEPT

MIKRONÄHRSTOFFE, ANTI OXIDANTIEN, PFLANZENINHALTSTOFFE

Alle Präparate, wenn nicht anders verordnet, von PURE ENCAPSULATIONS, Sudbury, Mass., USA

	Morgens (zum Frühstück)	Mittags (zum Mittagessen)	Abends (zum Abendessen)
One Day	✓		✓

					Ordination
					Dr. med. univ. Peter H. Lauda
					Arzt für Allgemeinmedizin
					Facharzt für Anästhesiologie & Intensivmedizin
					Praxisgemeinschaft Hebragasse Hebragasse 5/35, A-1090 Wien
					tel.: +43 (0) 1 406 05 17 • Fax: +43 (0) 1 406 07 90
					Mobil: +43 (0) 664 136 51 05
					www.dr. lauda. at • office@dr. lauda. at
					Privatordination nach tel. Vereinbarung

Praxisgemeinschaft Hebragasse
Hebragasse 5/35 (1. DG – Lift)
A – 1090 Wien

office@dr. lauda. at

Tel +43 (0)1 406 05 17 Fax +43 (0)1 406 07 90
Mobil +43 (0)664 136 51 05

www.dr. lauda. at

Dr. med. univ. Peter H. Lauda
 Arzt für Allgemeinmedizin
 Facharzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin
 ÖÄK Diplome Sportarzt, Notfallmedizin

Wien, am 2. 8. 72

Herrn
 [Redacted]
 [Redacted]
 [Redacted]

7. ts 2.8.12

geb 24. 8. 08

THERAPIESCHEMA / REZEPT

MIKRONÄHRSTOFFE, ANTI OXIDANTIEN, PFLANZENINHALTSTOFFE

Alle Präparate, wenn nicht anders verordnet, von PURE ENCAPSULATIONS, Sudbury, Mass., USA

	Morgens (zum Frühstück)	Mittags (zum Mittagessen)	Abends (zum Abendessen)
			1
MC	Ucerdol / Elevonid 2x 1	(1 Stunde v. Mahlzeit)	
	EPA/DHA Liquid 1x 1/2	Teelöffel	
ME	Jocovitamin 200mg	1	
	Zinc 75mg	1	

Ordination
Dr. med. univ. Peter H. Lauda
 Arzt für Allgemeinmedizin
 Facharzt für Anästhesiologie & Intensivmedizin
 Praxisgemeinschaft Hebruggasse
 Hebruggasse 5/35, A-1090 Wien

Dr. med. univ. Peter H. Lauda
 Arzt für Allgemeinmedizin
 Facharzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin
 ÖÄK Diplome Sportarzt, Notfallmedizin

Wien, am 20.11.12

8. ts 28.9.12

Wien
 gelb. 26.8.08

THERAPIESCHEMA / REZEPT

MIKRONÄHRSTOFFE, ANTI OXIDANTIEN, PFLANZENINHALTSTOFFE

Alle Präparate, wenn nicht anders verordnet, von PURE ENCAPSULATIONS, Sudbury, Mass., USA

	Morgens (zum Frühstück)	Mittags (zum Mittagessen)	Abends (zum Abendessen)
True Vets (wird via)	✓		✓
Ucerids / Flavonoid	7+	7 (zwischen d. Mahlzeiten)	
Cognitive & Calming		✓	✓
Docobriens 200mg		✓	✓ (jeder 2. Tag)
EPA/DHA liquid	7+	2 1/2 Teelöffel	
Stevia Kryptalsoft	3ml	v.d. Esse	3ml v.d. Esse

Ordnung
 Dr. med. univ. Peter H. Lauda
 Arzt für Allgemeinmedizin
 Facharzt für Anästhesiologie & Intensivmedizin
 Privatsprechstunde Hebruggasse

Ordination Dr. med.
Peter H. Lauda
Praxisgemeinschaft Hebragasse
Hebragasse 5/35 (1.DG-Lift)
1090 Wien
Österreich

Telefon: 0043-1/4060517

9. ox stress
20.11.12

Auftragsnummer: 2414301047

Tagesnr: 1211210287
Probenentnahme: 20.11.2012 / 09:30
Eingangsdatum: 21.11.12 07:40 Uhr
Ausgangsdatum: 29.11.12

Endbefund

Seite 1 / 1



Geb.-Datum	Geschlecht	Krankenkasse	SSW/CT
24.08.2008	M	PRI	

ERGEBNIS EINHEIT NORMWERTE

Diagnose:

Vorhandene Materialien: Serum, EDTA-Blut, Lithium-Heparin-Blut

EDTA-Blut	.		
Natrium-Heparin-Blut	.		
Vollblut	.		
Aluminium (S)	+ 13.4	µg/l	<7.5

Referenzbereich Gesunde/Unbelastete: < 7.5 µg/l (S)

DIALYSE-Patienten/Al-Ablagerung im Knochen:

geringes Risiko: < 50 µg/l

hohes Risiko : > 100 µg/l

200 µg Al/l dürfen nicht überschritten werden (EG Amtsblatt C150/5 1985)!

Cave: erhöhte Werte können bei der Verwendung von Glasröhrchen/Stahlkanülen vorkommen. Bitte über synlab Augsburg (Fax 0821-521 57 16) Li-Heparin-Monovette mit Kanüle für die Metallanalyse anfordern. Als Alternative eignet sich für die Diagnostik ein EDTA-Vollblut-Röhrchen.

Vitamin C/Ascorbinsäure - 1.2 µg/ml | 4.6-14.9

Vitamin C (Ascorbinsäure) gilt als wichtigstes exogenes Antioxidanz der wässrigen Phase, das mit ROS (reaktiven Sauerstoffspezies) reagiert.

Die Regeneration von oxidiertem Vitamin C erfolgt durch Glutathion. Vitamin C ist außerdem wichtig für die Regeneration von Vitamin E.

In Gegenwart von freien Übergangsmetallionen (Fe, Cu) kann Vitamin C auch prooxidativ wirken. Unter normalen Bedingungen überwiegt jedoch die antioxidative Wirkung.

Vitamin E/Tocopherol (S) 16.9 mg/l | 11.6-22

Vitamin E ist das bekannteste exogene Antioxidans der Lipidphase. Das fettlösliche Molekül wird in Lipide eingelagert und hemmt unmittelbar deren Peroxidation. Die Gamma-Form scheint effektiver als die gängige Form: alpha-Tocopherol zu wirken. Ubichinon/Coenzym Q ist der Vitamin E-Aktivierung vorgeschaltet. Oxidiertes Vitamin E wird durch Vitamin C regeneriert.

TAS/Total AntOx Schutz 1.59 mmol/l | 1.3-1.8

Medizinisch validiert

Mit freundlichen Grüßen: Dr. med. W. Höchtlen-Vollmar

Wien, am 20.11.12

11. ts 20.11.12

geb. 26.8.08

THERAPIESCHEMA / REZEPT

MIKRONÄHRSTOFFE, ANTI OXIDANTIEN, PFLANZENINHALTSTOFFE

Alle Präparate, wenn nicht anders verordnet, von PURE ENCAPSULATIONS, Sudbury, Mass., USA

	Morgens (zum Frühstück)	Mittags (zum Mittagessen)	Abends (zum Abendessen)
True Vets (with Vit)	1		1
Ucerols / Flavonoid	1+	1 (zwischen d. Mahlzeiten)	
Cognitive & Calming		1	1
Docotriends 200mg		1	1 (jeden 2. Tag)
EPA/DHA lipid	1+	1/2 Teelöffel	
Stärke	Krypsolsoft	3ml v.d. Erde	3ml v.d. Erde

Ordination
Dr. med. univ. Peter H. Lauda

Arzt für Allgemeinmedizin
Facharzt für Anästhesiologie & Intensivmedizin
Praxisgemeinschaft Hebragasse

Dr. med. univ. Peter H. Lauda
 Arzt für Allgemeinmedizin
 Facharzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin
 ÖÄK Diplome Sportarzt, Notfallmedizin

Wien, am 22.1.13

12. ts 22.1.13

ca. 24 x 25

THERAPIESCHEMA / REZEPT

MIKRONÄHRSTOFFE, ANTI OXIDANTIEN, PFLANZENINHALTSTOFFE

Alle Präparate, wenn nicht anders verordnet, von PURE ENCAPSULATIONS, Sudbury, Mass., USA

	Morgens (zum Frühstück)	Mittags (zum Mittagessen)	Abends (zum Abendessen)
Junia Wurkheit	1		1
Acerde / Flavonoid	2x1	(1 Junia d. Wurkheit)	
Cognizin & Cogniz		1	
Foodmends 200mg		1	
EPA/DHA liquid	1x 1/2	1 Teelöffel	
Mine 15mg	1		

Autistenhilfe

AUTISTENHILFE

DACHVERBAND ■ ÖSTERREICHISCHE ■ AUTISTENHILFE

office@autistenhilfe.at

www.autistenhilfe.at

Eßlinggasse 17

A-1010 Wien

T +43 (0)1 533 96 66

F +43 (0)1 533 78 47

Ende des 4. Lebensmonats wurde bei Nick ein ungewöhnlich hohes Kopfwachstum festgestellt. Im 5. Lebensmonat Physiotherapie im Entwicklungszentrum in Wien. Die körperliche Entwicklung verläuft danach altersgemäß und Nick hat auch altersgemäß im sprachlich begrenzten Bereich Wörter im 2. Lebensjahr (24 Monaten).

Im Alter von 13 Lebensmonat wurde seine Mutter mit dem Bruder schwanger und die Schwangerschaft verlief unproblematisch bis zur Geburt. Die Geburt verlief unproblematisch und die Mutter wurde wegen Blutungen ins Spital. Es wurde ein großes Hämatom im Uterus festgestellt. Die Mutter wurde ins Spital eingeliefert und wurde nach Hause, um sich weiter um Nick zu kümmern. Die Mutter wurde ins Spital eingeliefert und wurde nach Hause, um sich weiter um Nick zu kümmern. Die Mutter wurde ins Spital eingeliefert und wurde nach Hause, um sich weiter um Nick zu kümmern.

An Frau

M
P
10

EH

Wien, 21.12.2011

Klinisch-psychologischer Befund

Name:

Nick HUBER

Geburtsdatum:

24.08.2008

Untersuchungsverfahren:

- Exploration
- Verhaltensbeobachtung

Untersuchungsdatum:

5.10.; 07.10.2011

1. Vorstellungsgrund:

- Abklärung des Verdachts auf eine Autismus Spektrum Störung (Überweisung erfolgte durch Univ. Prof. Dr. Christian Popow)

2. Kurzanamnese und Problemdarstellung:

Nick ist das ältere Kind von zwei Geschwistern (einen jüngeren Bruder Timmy mit 1,5 Jahren). Die Mutter arbeitet als Eventmanagerin, der Vater ist derzeit COO (Chief Operating Officer) von Fuel Emulsions International, Inc..

Beide Kinder wachsen 2-sprachig auf (Muttersprache deutsch, Großmutter persisch).

Die Schwangerschaft und Geburt verliefen komplikationslos.

Die Eltern machten sich im zweiten Lebensjahr Sorgen um Nick, da sie bei ihm autistische Verhaltensweisen erkennen konnten. Nach selbständiger Recherche suchten Sie Univ. Prof. Dr. Christian Popow an der Univ. Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie auf, welcher sie mit dem Verdacht auf eine Autismus Spektrum Störung an die Österreichische Autistenhilfe überwies.

Ende des 4. Lebensmonat wurde bei Nick Muskelhypotonie festgestellt, weshalb er vom 5. bis zum 11. Lebensmonat Physiotherapie im Entwicklungsambulatorium Währinger Gürtel erhielt. Seine motorische Entwicklung verlief danach altersentsprechend (Freies Gehen mit 14 Monaten). Nick hat auch altersgemäß zu sprechen begonnen (erste Wörter im 12. Lebensmonat, erste Sätze mit 24 Monaten).

In seinem 13. Lebensmonat wurde seine Mutter mit dem Bruder schwanger und zwei Monate später kam sie wegen Blutungen ins Spital. Es wurde ein großes Hämatom im Uterus festgestellt. Entgegen der Ratschläge der Ärzte ging seine Mutter auf Revers nach Hause, um sich weiter um Nick kümmern zu können. Außerdem hätte die Trennung der Mutter vom Kleinkind zu einer zusätzlichen seelischen Belastung geführt, die das Leben des Ungeborenen noch mehr in Gefahr gebracht hätte. Ab diesem Zeitpunkt (ab Nicks 15. Lebensmonat) sprechen die Eltern selbst bei Nick von "Hospitalisierung bzw. Deprivation". Seine Mutter musste die verbleibenden 7 Monate der Schwangerschaft liegend verbringen. Gleichzeitig wurde ihr dazu geraten, keinerlei emotionale Bindung zum Ungeborenen aufzubauen, da die Überlebenschance bei weniger als 30 % lag. Laut eigener Aussage litt die Mutter in dieser Zeit unter einer schweren depressiven Phase und war noch dazu extrem isoliert. Hinzu kamen schließlich tägliche Blutungen und eine Vergrößerung des Hämatoms, sodass die Ärzte auch ihr Leben in Gefahr sahen.

Der Vater war in dieser Zeit öfter aus beruflichen Gründen im Ausland beschäftigt, sodass die Eltern sich aus dieser Notsituation heraus gezwungen fühlten, Nick zu seiner eigenen Sicherheit großteils in den Laufstall zu geben. Von großelterlicher Seite war in dieser Zeit keine Unterstützung möglich (Großvater 100 % Invalide, Großmutter berufstätig). Um Nick die größtmögliche Bewegungsfreiheit zu ermöglichen, konstruierten die Eltern ein Riesenlaufgitter (ca. 4 m²), in das seine Mutter sich tagsüber teilweise mit ihm hineinlegte. Die restliche Zeit verbrachte er im Wohnzimmer im kleinen Laugitter, da es der Mutter nicht möglich war, stundenlang auf dem Boden zu liegen. Beschäftigt wurde Nick in dieser Zeit hauptsächlich mit Fernsehen, oder er schaute sich Bilderbücher an und spielte mit Babyspielzeug. Die Mutter nahm ihn mehrmals pro Tag zum Füttern und Wickeln heraus. Der Blickkontakt zur Mutter sei aufgrund ihrer Depression und der ständigen Beschäftigung im Internet mit den Überlebenschancen des ungeborenen Kindes massiv eingeschränkt gewesen.

Der Vater (soweit er nicht im Ausland war) übernahm ab dem späten Nachmittag nicht nur die Verantwortung für das Kind, sondern auch für Haushalt und Mahlzeiten.

Bis zum 15. Lebensmonat entwickelte sich Nick laut Beschreibung der Eltern unauffällig. Als Baby habe er viel gelacht und interagiert.

Ab dem Beginn der Deprivation reagierte er mit folgenden deutlichen Verhaltensauffälligkeiten:

- Hin- und Herwerfen von einer Seite zur anderen
- Drehen des Kopfes nach oben und dabei hin- und her Rollen der Augen
- Extreme Ängstlichkeit bzw. Trennungs-/Verlustangst
- Motorische Unbeholfenheit

Nick habe in der Zeit der Deprivation folgendes stereotypes Verhalten entwickelt:

- Verdrehen der Hände
- Beobachten der Hände (mittlerweile sehr selten)
- Hüpfen bei Erregung (bis heute sehr häufig)
- Tänzeln Gehen in Verbindung mit Verdrehen der Hände (v.a. bei Erregung)
- Zehenspitzen Gang bei Erregung/Freude (selten)
- Grimassieren (selten)

Im 18. Lebensmonat kam bei den Eltern erstmals der Verdacht auf Autismus auf, es wurden aber von ihnen zu diesem Zeitpunkt keine weiteren Maßnahmen ergriffen.

Nick habe mit ca. 18 Monaten eine eigene, unverständliche Sprache entwickelt und in einer eigenen Sprachmelodie gesprochen, sodass die Eltern das Gefühl hatten, er würde tatsächlich sprechen. Vom 18. bis 30. Lebensmonat habe Nick ausschließlich nonverbal kommuniziert (durch Zeigen des gewünschten Objekts, Hinführen, Deuten). Auf Anweisungen habe er mit 18 Monaten kaum oder gar nicht reagiert. Die Eltern können nun eine stetige Verbesserung der Sprache, der Sprachqualität und des Sprachverständnisses beobachten. Bis heute habe Nick einen großen Wortschatz entwickelt (ca. 1000 Wörter), verwende diesen allerdings nicht zum sozialen und kommunikativen Austausch. Manchmal kommen spontan 3-6 Wortsätze vor, ab und zu wiederhole er Wörter oder Sätze auch ohne

Sinnverständnis bzw. der Situation nicht angepasst (Echolalie). Er führe häufig Selbstgespräche und setze Sprache nur manchmal als Kommunikationsmittel ein (z. B. "Komm mit").

Nick entwickelte ab dem 2. Lebensjahr ein Interesse für Buchstaben, Zahlen und Zeichen. Er erkenne bereits das Alphabet und könne teilweise sogar lesen (erkenne Einzelwörter sinngemäß). Er liebe Logos bzw. Zeichen aufgrund seiner langen, fast ausschließlichen Beschäftigung mit Fernsehen und suche diese in Büchern und Zeitschriften.

Sein Spielverhalten ist nicht altersentsprechend. Er zeige kein symbolisches Spiel und keine Rollenspiele. An funktionellen Spielen beteilige sich Nick nur, wenn man ihn dazu animiere (z.B. Eisenbahn aufbauen). Er beschäftige sich hauptsächlich mit "kognitiven Spielen" jeglicher Art am I-Pad (Kinder-Apps) und verbringe bis zu 1,5 Stunden pro Tag vor dem Fernseher (Babyprogramm). Imitationsverhalten käme nicht vor, außer wenn seine Lieblingsfernsehfiguren etwas machen, ahme Nick es nach.

Die Mutter beschreibt Nick als extrem empathisch und emotional besonders empfindlich. Er habe ein sehr niedrige Frustrationstoleranz und wirke manchmal auffallend ernst und freudlos. Auf bestimmte Geräusche (z.B. Bohrmaschine, Spielzeug mit Geräuschen) reagiere er mit Panik.

Nick habe bisher überhaupt keinen Kontakt zu Gleichaltrigen, allerdings keine Berührungängste zu anderen Kindern. Ein Versuch, eine Spielgruppe mit Nick zu besuchen, wurde von den Eltern nach dem fünften Treffen abgebrochen, da Nick mit Ablehnung (Weinen) reagiert habe. Der Kindergartenbesuch (Integrationsgruppe) ist für September 2012 geplant.

Nach der Phase der Deprivation (keine Verwendung des Laufgitters ab dem 22. Lebensmonat) sei Nick für eine kurze Phase sehr verstört gewesen. Er habe ein besonderes sensorisches Interesse an Oberflächen bzw. Wänden gezeigt, das Laufen vermieden (sei die meiste Zeit im Kinderwagen gesessen, wenn die Eltern mit ihm hinaus gingen), große Angst vor fremder Umgebung gezeigt (Reizüberflutung) und deshalb viel geweint. In Hinblick auf diese Auffälligkeiten sehen die Eltern große Fortschritte und eine stetige Weiterentwicklung in der Kommunikation, des Spiel- und Sozialverhaltens. Wenn Nick sich im Freien aufhält, zeige er keine Stereotypen. Er freue sich sehr über Neues und ungewohnte Umgebungen und sei dabei extrem neugierig.

3. Verhaltensbeobachtung:

Nick wirkt bei der Begrüßung sehr unsicher. Er nimmt mit der Untersucherin immer wieder kurz Blickkontakt auf, hält sich dann die Augen mit der Hand zu, blickt aber immer wieder neugierig hindurch.

In der Untersuchungssituation präsentiert sich Nick als äußerst zurückhaltender, abwesend wirkender Junge. Beide Eltern sind während der Untersuchung dabei.

Allgemeines und sozial-emotionales Verhalten:

Die Beziehungsaufnahme zu Nick gestaltet sich als äußerst schwierig, da er auf soziale Kontaktversuche kaum reagiert. Er nimmt von der Untersuchungsleiterin keine Notiz, befasst sich auch nicht mit ihr, als sie bspw. Seifenblasen präsentiert.

Sein Interesse gilt eindeutig stärker einigen Gegenständen (Flaschen, Computer, Telefon, Motorikschleife) als den Personen im Raum. Er hat zwar mit allen im Raum befindlichen Personen mehrmals kurzen Blickkontakt, unternimmt jedoch von sich aus keine Kontaktversuche.

Nicks Mimik oder Gestik lassen nicht erkennen, wenn er an etwas Freude hat, allgemein wirkt seine Mimik starr und ohne Ausdruck.

Spielverhalten:

An den Spielsachen im Raum ist Nick sowohl am Beginn als auch im weiteren Untersuchungsverlauf wenig interessiert. Er schaut sich die Gegenstände lediglich kurz an und verliert dann wieder das Interesse.

Für eine kurze Spielsequenz gelang es der Untersucherin, mit ihm zu interagieren (Kugelbahn). Nick zeigte dabei durch Hüpfen und Lächeln seine Freude daran.

Der Vater wird schließlich gebeten, ein Kitzelspiel mit Nick zu machen. Dabei ist kein Blickkontakt und keine Erwartungshaltung bei Nick zu beobachten.

Eine längere Beschäftigung mit einem Gegenstand (Motorikschleife) ist für Nick erst möglich, als er sich damit alleine in den Nebenraum begibt.

Sprache und Kommunikation:

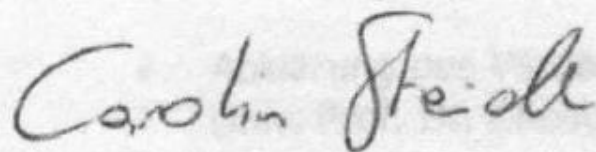
Nick verwendet während der Beobachtungssituation zunächst keine Wörter. Erst bei der selbständigen Beschäftigung mit der Motorikschleife spricht er vor sich hin und kommentiert bspw. die Farben der Kugeln.

Nick zeigt in der Beobachtungssituation nicht auf Gegenstände oder Personen, um die Aufmerksamkeit darauf zu lenken oder Bitten auszudrücken und verwendet auch sonst keine Gestik, um sich zu verständigen.

Empfehlungen:

- Herstellung eines bindungsstabilen, entwicklungsfördernden Milieus in der Familie mit Hilfe von
- Inanspruchnahme regelmäßiger Beratung und Supervision (Kontaktperson: Mag. Carolin Steidl)
- Verlaufskontrolle hinsichtlich der Bindungsstörungssymptome und ihrer Auswirkungen auf das psychosoziale Funktionsniveau (Kontaktperson: Mag. Carolin Steidl)
- Erneute Klinisch-psychologische Begutachtung bezüglich des Verdachts auf eine Autismus Spektrum Störung.
- Ehestmögliche soziale Eingliederung (Kindergartenbesuch - Integrationsgruppe)
- Teilnahme an der integrativen, psychotherapeutischen Spielgruppe (Kontakt: ÖAH, Mag. Rosemarie Dressler, Tel. 0676 3753538)
- Ergotherapie in Verbindung mit Sensorischer Integrationstherapie

*Ich wünsche Nick und seiner Familie alles Gute!
Bei Rückfragen stehe ich gerne zur Verfügung!*



Mag. Carolin Steidl
Klinische und Gesundheitspsychologin

Patient 1
N.H., männlich, 4a
DIAGNOSEN

- **Oxidativer Stress**
- **Entgiftungsdefizit (SOD, XO)**
- **KPU (Kryptopyrrolurie)**
- **Vitaminmangel (Vit C, Vit E, Beta-Carotin, Vit B3)**

Patient 1
N.H., männlich, 4a
DIAGNOSEN

- **Mineralstoffmangel (Magnesium)**
- **Spurenelementmangel (Zink)**
- **Tox. SM Belastung (Blei !!, Aluminium)**

Patient 1
N.H., männlich, 4a
Verlauf

Verlaufsschilderung
aus Sicht der Eltern

VERLAUFSBERICHT

Nach der Substitution der entsprechenden Vit. +
Mikronährstoffe:

- **Sozial:**

- allgemein offener, sucht von sich aus den (Körper-) Kontakt zu uns.
- Ergreift die Initiative fürs gemeinsame Spielen (will tanzen, hochgehoben werden).
- Lächelt öfters und hält dabei Blickkontakt. Sucht auch immer wieder die Nähe seines kleinen Bruders. Bringt ihm bewußt durch Grimassieren oder Blödeln zum Lachen. Wenn er den Lacheffekt bemerkt + realisiert, setzt er noch einen drauf und lacht ebenfalls mit 😊
- Imitiert immer mehr: erstmals bei Liedern, die die Bewegung der Arme, Beine etc... erfordern. Dh. Auch Nicki hebt dann den rechten Arm, das linke Bein, dreht sich, etc... zum Lied, an den entsprechenden Stellen! Klatscht in die Hände oder berührt seine Nasenspitze bei Aufforderung etc...

- Insgesamt wirkt er selbstbewußter, fröhlicher.

- Interessiert sich nun auch für „So tun als ob Spiele“:
war bislang nicht der Fall. Spielt mit einer Spielküche
+ den entsprechenden Küchenutensilien + Geräte etc.
Macht Kaffee, schiebt eine Pizza in den Ofen etc.

- **Sprache:**
 - verwendet Sprache zwar situativ (wenn er etwas mitteilen möchte oder wenn er etwas braucht) wie z.B.: „Ich will Fernseh schauen“ Wird auch konkreter :“Ich will *die Zwerge* anschauen“ od. „Ich will was anderes anschauen“ (wenn ihm das Programm nicht gefällt) „Mama bitte sing Opa’s Galerie“ (wenn er ein Lied hören möchte) etc...
 - Aber generell happert es noch gewaltig mit der Sprache! Man hat das Gefühl, dass er Sätze, die er kennt sinngemäß anwendet, aber spontan nicht zur Bildung neuer Sätze fähig ist. Dh. wenn ihn sein kleiner Bruder ärgert, dann ist er in der Situation überfordert, jammert und gibt sinnlose Sätze wie „Ah...ede-ade-...miau...banane...baumax...???!!!“ wieder.

- Wiederholt häufig gehörte Dialoge aus dem Fernseher (Kinderprogramm). Auch in Fremdsprachen.
- Lernt sehr schnell Lieder. Liebt es zu singen. Ärgert sich, wenn man das Lied falsch singt.
- Er begreift langsam, dass die Sprache eine Handlung hervorruft und wendet sie immer mehr an.
- Viel besseres Sprachverständnis: reagiert zielgerichtet auf Sätze wie: "Die Bürste befindet sich im Badezimmer auf der Waschmaschine!" Das wird von uns dadurch gefördert, dass wir seine heißgeliebten Karten (Logos, Marken, Bilder etc...) irgendwo verstecken und ihm zum Suchen einen Hinweis geben!
- Nahezu keine Echolalie mehr.

- **Motorik:** Anfangs hat man das Gefühl, wenn man mit ihm spazieren geht, dass die Gelenke „trocken“ sind und „eingeölt“ werden müssen um in die Gänge zu kommen. Also „hölzern“, steif + zaghaft. Mühsam

und tollpatschig erscheinen einem das Treppensteigen (rauf und runter). Nach einer Weile, sobald er warm gelaufen ist und je mehr er geht bzw. sich bewegt, umso besser + harmonischer sind die Bewegungsabläufe.

- Wobei er nach wie vor beim Laufen die beiden Arme nach oben einknickt und aus der Hüfte „tänzelt“

Motorische Dyspraxie? Er muss Bewegungsabläufe (wie z.B.: Treppensteigen) wieder und wieder üben, bis es einigermaßen reibungslos funktioniert. Ist eine zu lange Pause dazwischen muss er wieder von vorne anfangen hat man das Gefühl. Er muss im Prinzip jede Bewegung mitdenken, da sich die Bewegungsabläufe nur sehr schwer automatisieren. Ähnlich auch bei der Sprache: er überlegt jedes einzelne Wort – keine Spontaneität.

- **Wahrnehmung:** Er hat Probleme mit „ich“ und „du“, „mein“ und „dein“... Wenn er sein Spiegelbild sieht, sagt er: „Das ist Nicki“, Auf Fotos erkennt er sich selbst manchmal nicht und sagt: „Das ist Timmy“ .
 - Auditive Wahrnehmungsstörung?
Geräuschüberempfindlichkeit ? Patholog.

gesteigertes Hörempfinden? Hält sich bei bestimmte Laute/Töne die Ohren mit beiden Händen zu und singt hierbei ganz laut, um das Ganze mit seiner lauten Stimme zu übertönen.

- Bewußtsein fürs „Große Geschäft“ entwickelt: wenn die Windel voll ist, weint er und fordert uns auf die Windel zu wechseln☺ Hat ihn bisher nicht gestört! Morgenurin wird in der Toilette entleert☺
- **Essen:** extrem auffällig : wenn Nicki weniger Zucker /Schokolade zu sich nimmt wirkt er ruhiger, harmonischer und die Anzahl der Tics (sowohl vokale als auch motorische) und Stereotypien nehmen ab!
 - Der Appetit hat ein wenig nach der Gabe von Cognitive & Calming Caps abgenommen.

Puncto Schlafen, Haut, Magen-Darm-Trakt alles ok!
Keine Auffälligkeiten!

Patient 2
M.S., männlich, 14a

Patient 2

M.S., männlich, 14a

Diagnosen

- **Dysautonomiesyndrom**
- **Neurokardiogene Synkope**
- **V.a. cerebralen Anfall mit Bewußtlosigkeit**
- **Muskelhypotonie mit allg. muskuläre Schwäche**
- **Bradykardjunktionaler Ersatzrhythmus (Ergo)**
- **V.a. Myopathie**

Patient 2

M.S., männlich, 14a

Diagnosen

- **V.a. Stoffwechselerkrankung**
- **„Problem in der Energiezufuhr“**
- **Leistungsschwäche mit Kollapsneigung**

Patient 2

M.S., männlich, 14a

Bisherige Abklärungen/Befunde

- **Div. Abklärungen im KH und Fachärzte**
- **Muskelbiopsie neg.**
- **Schädel MR neg.**
- **Lumbalpunktion neg.**
- **Trikuspidale Regurgitation, kardiologisch o.B.**
- **Neuro o.B, EEG unauffällig**

Patient 2

M.S., männlich, 14a

Bisherige Abklärungen/Befunde

- **Ergo Kollaps bei 15 Watt nach 3 min (fragl. Rhythmusstörung)**
- **Mehrfache Laboranalysen o.B. (DHEA ↓)**
- **Diverse alternativmedizinische Behandlungen**
- **u.a. „Irisdiagnostik“, „Sauerstofftabletten“**
- **Homöopathische Behandlungen, Auspendeln**
- **„Störung im Kupfer- und Zinkstoffwechsel“**
- **Bioresonanz**

Patient 2

M.S., männlich, 14a

Anamnese

- **Während Schwangerschaft 4 Amalgamplomben ausgetauscht, Mutter danach 14 d krank**
- **Frühgeburt**
- **Schwerer Ikterus postpartal, immer müde**
- **12 Monate gestillt**
- **Mit 3 ½ a erster „Anfall“ mit Bewußtlosigkeit**

Patient 2

M.S., männlich, 14a

Anamnese

- **Wiederholte „Anfälle“**
- **Ausgeprägte Konzentrationsschwäche**
- **Muskelschmerzen**
- **„Neurodermitis“**
- **Hervorragende Koordination (Schifahren)**
- **Sehr kreativ (Handwerken, technisches Zeichnen)**

Patient 2

M.S., männlich, 14a

Anamnese - Mikronährstoffe

- **Magnesiumcitrat 300 mg/d (von Mutter)**
- **Zink 30 mg/d (von Mutter)**

Patient 2

M.S., männlich, 14a

Untersuchung

- **Haut blaß, trocken**
- **Gynäkomastie**
- **TSR, BSR, RPR li fehlen**
- **Leichte Kyphoskoliose**
- **TF li eingezogen, gerötet**
- **Tonsille li weißlich belegt**

Patient 2

M.S., männlich, 14a
Untersuchung

- **Wangenschleimhaut links**
Bißspuren
- **Restlicher Status unauffällig**

Patient 2

**N.H., männlich, 14a
Labor, OM Therapie**

LABORATORIEN BAYERSTRASSE 53, 80335 München
Telefon 089/54 308-0

UM

U785

Herrn

Dr. med.

004315128085

Peter H. Lauda

Annagasse 5/II/III Tür209

A-1010 Wien

Arzt-Pat. Nr: U7850979

Tagesnr: 0210-11729

Blutentnahme: 08/10/02 09:30

Eingangsdatum: 09/10/02

Ausgangsdatum: 31/10/02

Endbefund

Seite 1

Geb.-Datum	Geschlecht	Krankenkasse	SWW/CT
27/09/87	M	PL050	

ANALYSE	ERGEBNIS	EINHEIT	NW (spezifisch)	
Diagnose: Dysautonomie-Syndrom				
Einsenderprofil 1	.	µg/g KRBA	< 4	
Vollblut	.	ng/l	< 25	
EDTA-Blut	E	ng/l	< 100	
Heparinblut	.			
Urin	.	ng/l	< 15.0	
Hämatokrit	■ 37.6	%	38 - 49	<input type="checkbox"/>
Natrium	142	mmol/l	135 - 144	<input type="checkbox"/>
Kalium	4.4	mmol/l	3.2 - 5.4	<input type="checkbox"/>
Calcium	2.60	mmol/l	2.15 - 2.60	<input type="checkbox"/>
Eisen	121	µg/dl	40 - 155	
Magnesium	0.92	mmol/l	0.73 - 1.05	<input type="checkbox"/>
PROFIL: HOLZSCHUTZMITTEL I	.			
PROFIL: HOLZSCHUTZMITTEL III	.			

GESAMTFETTSÄUREN

Myristinsäure (14:0)	22	mg/l	<70
Myristoleinsäure (14:1)	<4	mg/l	<10
Palmitinsäure (16:0)	507	mg/l	350 - 870
Palmitoleinsäure (16:1)	10	mg/l	15 - 68
Stearinsäure (18:0)	143	mg/l	200 - 910
Ölsäure (18:1)	382	mg/l	440 - 1200
Linolsäure (18:2)	724	mg/l	750 - 1300
gamma-Linolensäure (18:3 n6)	7	mg/l	5 - 23
alpha-Linolensäure (18:3 n3)	7	mg/l	4 - 15
cis-8,11,14-Eicosatriensäure	27	mg/l	30 - 90
Arachidonsäure (20:4)	203	mg/l	20 - 400
Eicosapentaensäure (20:5)	9	mg/l	3 - 36
Docosapentaensäure (22:5)	15	mg/l	< 25
Docosahexaensäure (22:6)	56	mg/l	25 - 80
Lignocerinsäure (24:0)	20	mg/l	10 - 50
Nervonsäure (24:1)	24	mg/l	20 - 70
Fettsäuren (gesamt)	2160	mg/l	2144 - 3574
Gesättigte Fettsäuren	692.0	mg/l	630 - 1450
Monungesättigte Fettsäuren	416	mg/l	475 - 1300
Polyungesättigte Fettsäuren	1033	mg/l	820 - 1630
Quotient polyunges./gesätt. FS	1.49	RI	1.21 - 1.47
Summe w3-Fettsäuren	87.0	mg/l	78 - 130
Summe w6-Fettsäuren	934	mg/l	895 - 1493
Quotient w6-/w3-Fettsäuren	10.7	RI	11.8 - 14.4

Hinweis:

Der Normbereich entspricht einem mitteleuropäischen Durchschnittskollektiv.
Der Herz-Kreislauf-protective Zielwert liegt bei 5.

Vitamin D3 (25-OH)	48.7	ng/ml	6.9 - 69.5
<V> Ameisensäure (U/Formaldehyd)	4.4	mg/l	< 13
<i>Ameisensäure ist der im Urin nachweisbare Metabolit des Formaldehyds.</i>			
<V> Hexachlorbenzol (E)	0.11	µg/l	< 1.2

BAT (Biologischer Arbeits-

ANALYSE	ERGEBNIS	EINHEIT	NW (spezifisch)
		stoff-Toleranzwert):	150 µg/l.
<V> Lindan (gamma-HCH) (E)	< 0.01	µg/l	< 0.10
		BAT (Biologischer Arbeitsstoff-Toleranzwert):	20 µg/l
<V> PCP/Pentachlorphenol (S)	2.4	µg/l	< 12.0
CKW/CHLORIERTE KW (U)			
<V> PCP/Pentachlorphenol (U)	■ Zu wenig Material		
		µg/g KREA	< 4
<V> Trichlorethanol (U)	< 5	mg/l	< 25
<V> Trichloressigsäure (U)	< 5	mg/l	< 100
BAT (Biologischer Arbeitsstoff-Toleranzwert):	100 mg/l		
<V> Phenol (U)	1.7	mg/l	< 15.0
BAT (Biologischer Arbeitsstoff-Toleranzwert):	300 mg/l		
<V> Methyl-Hippursäure (U)	< 0.1	g/l	< 0.100
		BAT (Biologischer Arbeitsstoff-Toleranzwert):	2 g/l
<V> PYRETHROIDE (U)			
<V> Pyr-Metabolit 1	< 0.5	µg/l	< 0.5
Pyrethroid-Metabolit 1: C12CA/c,t-3-(2.2-Dichlorvinyl)-2.2-Dimethyl-cyclopropan-carbonsäure. Abbauprodukt von Permethrin/Cypermethrin und Cyfluthrin.			
<V> Pyr-Metabolit 2	< 0.5	µg/l	< 0.5
Pyrethroid-Metabolit 2: mPBA/3-Phenoxybenzoesäure. Abbauprodukt von Permethrin/Deltamethrin/Cypermethrin/Cyhalothrin/Cyphenothrin/Fenprothrin und Fenvalerat.			
<V> Pyr-Metabolit 3	< 0.5	µg/l	< 0.5
Pyrethroid-Metabolit 3: BR2CA/cis 3-(2.2-Dibromvinyl)-2.2-Dimethyl-cyclopropan-carbonsäure. Abbauprodukt von Deltamethrin.			
<V> Pyr-Metabolit 4	< 0.5	µg/l	< 0.5
Pyrethroid-Metabolit 4: 4F3PBA/4-Fluor-3-Phenoxybenzoesäure. Abbauprodukt von Cyfluthrin.			
<V> p,p-DDT (E)	< 0.10	µg/l	< 0.15
<V> p,p-DDE (E)	0.22	µg/l	< 1.13

VOLLBLUTPROFIL I

VOLLBLUTANALYSE tox

Für die Vollblutanalyse ergeht ein gesonderter Befund.

Natrium (VB)

Für diesen Parameter steht gegenwärtig leider kein valides Routineverfahren zur Verfügung.

Kalium (VB)

■ 55

mmol/l

36 - 52

Calcium (VB)

■

mmol/l

1.28 - 2.18

Für diesen Parameter steht gegenwärtig leider kein valides Routineverfahren zur Verfügung.

Magnesium (VB)

1.28

mmol/l

1.20 - 1.72

Eisen (VB) (Pl)

471

mg/l

339 - 563

Kupfer (Pl)

92

µg/dl

80 - 160

Kupfer (VB)

80

µg/dl

32 - 150

Zink (Pl)

127

µg/dl

70 - 127

ANALYSE	ERGEBNIS	EINHEIT	NW (spezifisch)
Zink (VB)	476	µg/dl	408 - 760
Cobalt (Pl)	■ 1.1	µg/l	< 1.0
Cobalt (VB)	■ 2.5	µg/l	< 1.0
Selen (Pl)	85	µg/l	74 - 139
Selen (VB)	91	µg/l	80 - 150
Chrom (Pl)	< 0.5	µg/l	< 0.5
Chrom (VB)	■ 0.9	µg/l	< 0.5
EKA-Wert: 17 µg/l (VB), 20 µg/l (U) bei TRK-Wert: 0.05 mg/m ³ CrO ₃ ; bei TRK 0.1 mg/m ³ CrO ₃ 35 µg/l (VB), 40 µg/l (U)			
Mangan (Pl)	■ 2.0	µg/l	0.3 - 1.3
Mangan (VB)	7.0	µg/l	5.0 - 15.0
Molybdän (Pl)	■ 1.7	µg/l	< 1.3
Molybdän (VB)	■ 4.4	µg/l	< 3.0
Blei (Pl)	■	µg/l	< 300
Die Bestimmung von Blei im Serum/Plasma ist ungeeignet, da das Blutblei überwiegend an Erythrozyten gebunden vorliegt.			
Blei (VB)	18	µg/l	< 150
Cadmium (Pl)	< 0.1	µg/l	< 0.4
Cadmium (VB)	< 0.5	µg/l	< 1.0
Arsen (Pl)	< 10	µg/l	< 10
Arsen (VB)	< 10	µg/l	< 10
Quecksilber (Pl)	0.1	µg/l	0.1 - 7.2
Quecksilber (VB)	3.2	µg/l	0.1 - 7.2
Aluminium (Pl)	■ 21	µg/l	< 5

Referenzbereich Gesunde/Unbelastete: < 5 µg/l

C a v e: erhöhte Werte können durch das ubiquitär vorhandene Aluminium bei der Verwendung von Glasröhrchen/Stahlkanülen vorkommen. Ggf. Kontrolle mit Spezial-Mineralröhrchen empfohlen!

Aluminium (VB)	■ 31	µg/l	2 - 15
Zinn (Pl)	■ < 0.9	µg/l	0.9 - 2.0
Zinn (VB)	< 0.9	µg/l	0.9 - 2.0
<i>Pathologischer Grenzbereich: 5 - 50 mg/l.</i>			
Jod (S)	■ 47	µg/l	50 - 90
<V> Fluorid (S)	■ 72	µg/l	< 30
<i>Fluorid: Therapeutischer Bereich 100 - 300 µg/l</i>			
Antimon (S)	■ 9.0	µg/l	< 1.7

VITAMINPROFIL

β-Carotin	321	µg/l	150 - 1250
VITAMIN B1 (E)	.		
Thiamin	<5	µg/l	< 5.0
Thiaminpyrophosphat (aktiv)	71.0	µg/l	30 - 90
VITAMIN B2 (E)	.		
Vit. B2: FAD	195	µg/l	125 - 300
Vit. B2: Riboflavin	6.9	µg/l	2 - 15
<V> Vitamin B3 (Nicotinamid)	11.4	µg/l	8 - 52

*HINWEIS: Aufgrund eines neuen Meßverfahrens
hat sich der Normbereich geändert!*

VITAMIN B6 (Pl)	.		
Pyridoxalphosphat	15.5	µg/l	5 - 30
Vitamin B12	530	pg/ml	200 - 950

ANALYSE	ERGEBNIS	EINHEIT	NW (spezifisch)
Vitamin C/Ascorbinsäure <i>Hinweis: Vitamin C-Spiegel von 10 - 15 µg/ml werden als optimal diskutiert.</i>	6.3	µg/ml	2 - 14
Folsäure	5.7	ng/ml	3.6 - 16.9
Vitamin E/Tocopherol	8.9	mg/l	5 - 16
Biotin/Vitamin H <i>Werte zwischen 100 und 200 ng/l sprechen für eine suboptimale Biotinversorgung!</i>	■ 128	ng/l	> 200

OXIDATIVER STRESS

TAS/Total AntOx Schutz	1.69	mmol/l	1.3 - 1.7
MDA/Malondialdehyd (E)	0.44	µmol/l	0.36 - 1.42
4-Hydroxynonenal (HNE)	24.1	nmol/l	< 50
GSH (Ery)	■ 2577	µmol/l	1880 - 2360
GPX/Glutathion-Peroxidase (VB)	6646	U/l	4170 - 10880
SOD/Superoxiddismutase	178	U/ml	130 - 205
CAT/Catalase	20.22	kU/ml	17.9 - 30.6

GSTT/GST-theta

GST-T1 Aktivität/Phänotypisierung

Wildtyp (schnelle Konjugation)	1.6 - 4.2	µmol/l*min	
Langsamer Typ	0.3 - 1.5	"	
Nulltyp (keine Konjugation)	< 0.2	"	

*Bei Nulltypverdacht (< 0.3 µmol/l*min) wird der molekulargenetische Nachweis des Defekttyps empfohlen (5 ml EDTA-Blut)!*

GSTA/GST-alpha

	■ 1.31	ng/ml	2.1 - 12.5
--	--------	-------	------------

Untersuchung abgeschlossen am: 31/10/02 Wac.

Freigabe Fachlabor durch:

Dr. Schömig-Brekner

Dr. O. Wetlitzky

<V> - Befund/Ergebnis wurde in Partnerlabor erstellt

In Sammelabrechnung wird dessen Kostensatz weitergegeben



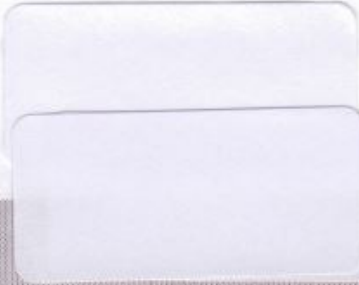
Drs. Tiller / Raßhofer u. Kollegen

U785 UM

Herrn
Lauda Peter H.

Annagasse 5/II/III Tür209

A-1010 Wien

Patient: 
Geb./Geschl.: 27. Sep. 87 M

Arztpat.Nr. : U7850979
Tagesnummer: 0210-11729
Eingangsdatum: 09. Okt. 02
Ausgangsdatum: 22. Okt. 02

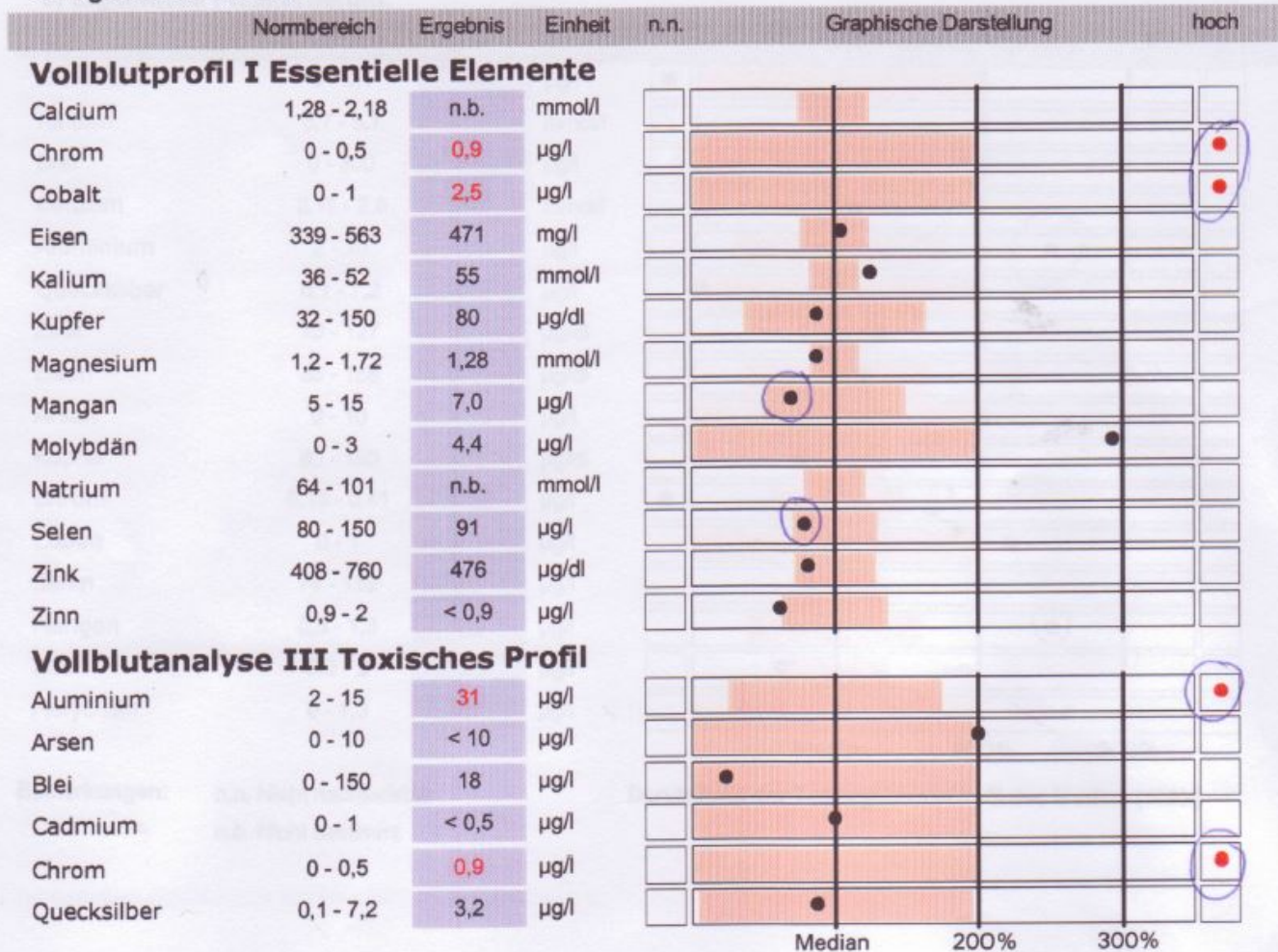
1. Allgemeines:

2. Methodisches:

as Material wurden durch Mikrowellendruckaufschluß mit HNO_3 vorbereitet. Die Messung erfolgte mit ICP/MS und in inzefällen mit GFAAS (Atomabsorptionsspektrometrie). Die Erythrozytenwerte wurden aus den Blut- und Serumwerten errechnet:

$$E_{\text{Erys}} = (C_{\text{VB}} - C_{\text{Serum}} (1 - \text{Hämatokrit}) / \text{Hämatokrit}$$

3. Ergebnisse Vollblut:



Bemerkungen: n.n. Nicht nachweisbar
n.b. Nicht bestimmt

Darstellung der Testergebnisse in % des Median (100%)



U7850979 vom 09.10.2002

1. Allgemeines:

2. Methodisches:

as Material wurden durch Mikrowellendruckaufschluß mit HNO₃ vorbereitet. Die Messung erfolgte mit ICP/MS und in zufällen mit GFAAS (Atomabsorptionsspektrometrie). Die Erythrozytenwerte wurden aus den Blut- und Serumwerten errechnet:

$$\text{Erys} = (C_{\text{VB}} - C_{\text{Serum}} (1 - \text{Hämatokrit}) / \text{Hämatokrit}$$

3. Ergebnisse Plasma/Serum:

	Normbereich	Ergebnis	Einheit	n.n.	Graphische Darstellung	hoch
Cadmium	0 - 0,4	< 0,1	µg/l	●		
Kalium	3,7 - 5,7	4,4	mmol/l			
Blei	0 - 300	n.b.	µg/l			
Calcium	2,15 - 2,6	2,60	mmol/l			
Aluminium	2 - 15	21	µg/l			
Quecksilber	0,1 - 7,2	0,1	µg/l	●		
Zink	70 - 127	127	µg/dl			
Eisen	35 - 168	121	µg/dl			
Arsen	0 - 10	< 10	µg/l			
Kupfer	80 - 160	92	µg/dl			
Chrom	0,15 - 0,41	< 0,5	µg/l	●		
Cobalt	0 - 1	1,1	µg/l			
Selen	74 - 139	85	µg/l			
Mangan	0,3 - 1,3	2,0	µg/l			
Zinn	0,9 - 2	< 0,9	µg/l			
Molybdän	0 - 1,3	1,7	µg/l			

Bemerkungen: n.n. Nicht nachweisbar
n.b. Nicht bestimmt

Darstellung der Testergebnisse in % des Median (100%)

Wien, am 11.11.02

THERAPIESCHEMA

	Morgens (zum Frühstück)	Mittags (zum Mittagessen)	Abends (zum Abendessen)
Neuramin 280E	✓		✓
Copper 2mg	✓		
Beta-Carotin 25.000 I.E.		✓	
Acrole Plus	✓		
EPA/DHA 1000mg		✓	
Neuramins 100mg	✓		
A.C. Formula	✓	✓	✓ ^①

Endzeit

office@vitaminlauda.com

www.vitaminlauda.com

① vor dem Essen mit 1 Glas Wasser

MEDIZINISCH DIAGNOSTISCHE

LABORS
MÜHL-SPEISER



Wien 2, Praterstraße 22
Telefon: 214 84 82, Fax: 214 28 99
Wien 20, Dresdner Straße 32
Telefon: 330 84 88, Fax: 330 84 88 350
Wien 21, Frömlgasse 33
Telefon: 257 19 13, Fax: 257 19 13 250
Wien 22, Hans Steger Gasse 12
Telefon: 283 73 30, Fax: 283 73 30 450

- > Alle Kassen und Privat
- > Alle Laboruntersuchungen
- > ISO 9002-zertifiziert

Arbeitsgemeinschaft der FachärztInnen für med. und chem. Labordiagnostik Dr. Eva Mühl, Dr. Michael Mühl, Univ.-Prof. Dr. Wolfgang Speiser

Zustellung: +A/+IB

A

Herrn Dr.
Peter Heinrich LAUDA
Annagasse 5
A 1010 Wien

Sub 72,4 ↓

Auto 7,70 ↑

CK-Mb (25) ↑↑

CK-Mb 73,9 ↑↑

↓ Myokard 7,28 ↓
Ergebnis in Wien


Wien, am 29.10.2002 15:45

Aufnahme : 08.10.2002

Auftrag : 1502010703

geboren am 27.09.1987

Conditio 11320 ↑

Patient: 

E N D - B E F U N D

Ergebnis

Normalbereich

Grafik

BLUTSENKUNG NACH WESTERGREN

nach 1 Stunde	1 mm	1 - 8	(*)
nach 2 Stunden	5 mm	0 - 18	(*)

HÄMATOLOGISCHE BEFUNDE

Erythrozyten	3.91	T/l	4.50 - 5.90	<- ()
Hämoglobin	12.4	g/dl	13.0 - 17.0	<- ()
Hämatokrit	0.39	l/l	0.43 - 0.50	<- ()
MCV (mittl.Zellvolumen)	100	fl	76 - 96	() ->
MCH (mittl.Zell-Hb)	32	pg	28 - 33	(*)
MCHC (mittl.Zell-Hb-Konz.)	32	g/dl	31 - 39	(*)
Erythrozytenverteilungsbreite	13.4	%	11.5 - 14.5	(*)

Beschaffenheit des roten BB: makrozytäre Anämie

Thrombozyten	318	G/l	150 - 360	(*)
Leukozyten	5.36	G/l	4.00 - 10.00	(*)

Differentialblutbild:

Stabkernige	1.7	rel %	0.0 - 5.0	(*)
Segmentkernige	51.2	rel %	50.0 - 70.0	(*) 2
Eosinophile	0.4	rel %	0.0 - 5.0	(*)
Basophile	0.2	rel %	0.0 - 2.0	(*)

Differentialblutbild: (Fortsetzung)

Monozyten	6.1	rel %	2.0 - 10.0	(*
Lymphozyten	40.3	rel %	20.0 - 40.0	(
Stabkernige	0.1	G/l	0.0 - 0.5	(*
Segmentierte	2.74	G/l	2.00 - 7.00	(*
Eosinophile	0.02	G/l	0.00 - 0.50	(*
Basophile	0.0	G/l	0.0 - 0.2	(*
Monocyten	0.33	G/l	0.08 - 1.00	(*
Lymphozyten	2.16	G/l	0.80 - 4.00	(*

Beschaffenheit des weißen BB: relative Neutrophilie

CHEMISCHE BEFUNDE

Glukose nüchtern	94 mg/dl	60 - 110	(*)
Triglyceride	88 mg/dl	50 - 150	(*)
Cholesterin	128 mg/dl	50 - 200	(*)
HDL-Cholesterin	38 mg/dl	> 55	<- ()
bis 19.Lj.:			
Idealbereich: >55			
hohes Risiko: <35			
>19.Lj.:			
Idealbereich Frauen: >65			
Männer: >55			
hohes Risiko Frauen: <45			
Männer: <35			
LDL-Cholesterin	72 mg/dl	< 100	(*)
bis 20.Lj.:			
Idealbereich: <100			
hohes Risiko: >130			
>20.Lj.:			
Idealbereich: <130			
hohes Risiko: >160			
Referenzbereiche von Zusatzerkrankungen und Risikofaktoren abhängig			
Cholesterinquotient	3.37	0.00 - 4.50	(*)
Lipoprotein (a)	8 mg/dl	0 - 30	(*)
Apolipoprotein A1	126 mg/dl	110 - 205	(*)
Homocystein	11.0 μ mol/l	0.0 - 11.0	(*)

Bilirubin gesamt	1.70	mg/dl	0.00 - 1.00	() ->
GOT (ASAT)	21	U/l	0 - 22	(*)
GPT (ALAT)	6	U/l	0 - 20	(*)
GGT (Gamma-GT)	6	U/l	0 - 17	(*)
Alkalische Phosphatase	4	U/l	130 - 400	< - ()
CK-NAC akt.	257	U/l	0 - 80	() =>
Wert kontrolliert				
CK-MB	13.9	U/l	0.0 - 10.0	() ->
LDH	235	U/l	0 - 240	(*)
Troponin I	negativ		0.0 - 2.0	(*)
Eisen	118	µg/dl	59 - 158	(*)
Transferrin	205	mg/dl	200 - 380	(*)
EBK gesamt	289	µg/dl	268 - 436	(*)
Ferritin	91	ng/ml	30 - 300	(*)
<i>Latenter Eisenmangel: 10 - 30</i>				
<i>Manifester Eisenmangel: < 10</i>				
BUN (Harnstoff-N)	10.0	mg/dl	6.0 - 25.0	(*) 2
Kreatinin	0.71	mg/dl	0.50 - 1.20	(*)
Harnsäure	6.6	mg/dl	3.4 - 7.0	(*)
Calcium	2.64	mmol/l	2.10 - 2.70	(*)
Chloride	103	mmol/l	95 - 110	(*)
Kalium	4.57	mmol/l	3.50 - 5.50	(*)
Natrium	143	mmol/l	135 - 150	(*)
Gesamteiweiß	7.0	g/dl	6.0 - 8.0	(*)
CRP (C-reaktives Protein)	< 0.3	mg/dl	0.0 - 0.5	(*)

Ergebnis

Normalbereich

Grafik

SPURENELEMENTE, TOXISCHE METALLE, VITAMINE

Magnesium im Serum 1.0 mmol/l 0.7 - 1.1 (*)

Vitamin D (25-OH) 17.31 ng/ml
Sommer: 20.0 - 120.0
Winter: 10.0 - 50.0
leichter Mangel: 4.0 - 20.0
schwerer Mangel: <4.0

Vitamin D3 (1,25-Dihydroxy) 61.94 ng/l 14.00 - 60.00 ()=>

HORMONE

Sexualhormone:

Östradiol 18.00 ng/l

Präpubertät: <25

Postpubertät: <90

Progesteron	unterhalb der Nachweisgrenze			<- ()
DHEA-S	3.10	µg/ml	2.80 - 6.40	(*)
Androstendion	1.76	ng/ml	0.30 - 3.10	(*)
Testosteron	1.28	ng/ml	2.00 - 10.00	<- ()

Hypophysenhormone:

TSH 2.8 µU/ml 0.3 - 4.0 (*)

0.3 - 4.0: euthyreot

0.1 - 0.3: euthyreot oder supprimiert
TRH-Test angezeigt

< 0.1: sicher supprimiert

FSH (Follikelstimul.Hormon)	3.91	mU/ml	1.00 - 8.00	(*)
LH (Luteinisierendes Hormon)	2.55	mU/ml	2.00 - 12.00	(*)
Prolactin	6.8	ng/ml	2.6 - 17.0	(*)

Nebennierenrindenhormone:

Cortisol 83.1 µg/l

vormittags: 50.0 - 250.0

nachmittags: 20.0 - 120.0

bei Einnahme oraler Kontrazeptiva:
210.0 - 460.0

Diverse Hormone:

Serotonin 144.0 ng/ml 40.0 - 400.0 (*)

AUTOANTIKÖRPER

	Ergebnis	Normalbereich	Grafik
Rheumafaktor	< 8 IU/ml	0 - 15	(*)
Antinukleäre Faktoren	negativ		
	positiv: >1:40		
Doppelstrang DNA	3.3 IU/ml	0.0 - 7.0	(*)
SS-A (Ro)	negativ		
SS-B (La)	negativ		
U1 RNP	negativ		
Sm	negativ		
Scl70	negativ		
Jo-1 P	negativ		
Phospholipid (Cardiolipin) IgG	9.1 U/ml		
	<12: negativ		
	12 - 18: grenzwertig		
	>18: positiv		
Phospholipid (Cardiolipin) IgM	3.4 U/ml		
	<6: negativ		
	6 - 10: grenzwertig		
	>10: positiv		
Acetylcholinrezeptor	0.21 nmol/l		
	<0.25: negativ		
	0.25-0.4: grenzwertig		
	>0.4: positiv		
Nebennierenrinde	negativ		
Thyreoglobulin-AK	< 20 IU/ml	0 - 34	(*)
Schilddrüsenperoxidase	2 IU/ml	< 12	(*)
	Achtung geänderter Normalwert		
TSH Rezeptor	< 8.00 U/l		
	<9: negativ		
	9-14: grenzwertig		
	>14: positiv		

Ergebnis

Normalbereich

Grafik

INFEKTIONSSEROLOGIE

Antikörper gegen Viren, Virusnachweis:

Hepatitis A Virus AK	negativ	
Hepatitis B Virus surface AG	negativ	
Hepatitis B Virus surface AK	negativ	mIU/ml
Hepatitis B Virus core AK	negativ	
Hepatitis C Virus AK	negativ	

Antikörper gegen Pilze, Pilznachweis:

Candida Antikörper	positiv 1:320	() =>
--------------------	----------------------	--------

Neuerliche serologische Untersuchung in ca.
2 Wochen notwendig.

ALLERGIEUNTERSUCHUNG

Immunglobulin-E	397	IU/ml	0 - 150	() =>
-----------------	------------	-------	---------	--------

Rezept

- Reis-Lecithin Biosym
- Bio-Heif
- Weizenkeimöl

Herr



Wien, am 05. FEB. 2003

THERAPIESCHEMA MIKRONÄHRSTOFFE ANTI-OXIDANTIEN

	Morgens (zum Frühstück)	Mittags (zum Mittagessen)	Abends (zum Abendessen)
legl. { sekundär {	Wohlvit 280E 1		1
	Anti-Oxidant Formula 1		
	Beta-Caroten 25.000 I.E.	1	
	Acidol Plus 1		
	Welle Synergist E ^{1000mg} 2x1 Kapsel / Woche		
	EPA/DHA 1000mg		1 (jede 2. Tag)
	Merromin 100mg 1		
	Calcium Magnesium		
•	Zinc 75mg		1
•	Clear Delot ^{225mg} ^{500mg}	1/2 TL jede 2. Tag	
•	Jodine & Tyrosine	2-3x1 Kapsel / Woche (zw. d. Mahlzeit)	
	OPC My. Pfeffer	2x1 Kapsel / Woche	
Blutli.	Merromin Eisen	1+1 TL (zw. d. Mahlzeit)	

Herrn

Dr. med.

Peter H. Lauda

Annagasse 5/II/III Tür209

A-1010 Wien

004315128085

Arzt-Pat. Nr: U7851134

Tagesnr: 0302-07610

Blutentnahme: 05/02/03 10:30

Eingangsdatum: 06/02/03

Ausgangsdatum: 17/02/03

Endbefund 11/02/03

Seite 1

Geb.-Datum	Geschlecht	Krankenkasse	SWW/CT
	M	PRI	

	ERGEBNIS	EINHEIT	NW (spezifisch)
--	----------	---------	-----------------

Diagnose: Dysantonomie - Syndrom

Einsenderprofil 6 .

Vollblut .

EDTA-Blut E

Heparinblut .

AMINOSÄUREN (Serum) .

Zink (Serum) 82 µg/dl 72 - 136

Selen (S) 97 µg/l 74-139

*Der empfohlene Selen-Spiegel liegt zwischen 120 und 160 µg/l.**Bei Immundefekten, Malignomen und im Alter sind 190 - 220 µg/l
angezeigt.**Die angeratene tägliche Selenaufnahme beträgt 50 - 200 µg!*

Antimon (S) ■ 3.0 µg/l < 1.7

VITAMIN B6 (Pl) .

Pyridoxalphosphat ■ 46.9 µg/l 5 - 30

Vitamin E/Tocopherol 10.4 mg/l 5 - 16

TAS/Total AntOx Schutz ■ 1.77 mmol/l 1.3 - 1.7

MDA/Malondialdehyd (E) 0.58 µmol/l 0.36 - 1.42

LTT: SICK-BUILDING SYNDROM .

Befundber. erfolgt gesondert .

LTT-Befund erfolgt gesondert .

Befundversand am: 13.02.03

Freigabe Fachlabor durch:

Dr. O. Wetlitzky



Dr. med.		PatientID-Nr:	U7851134
Peter H. Lauda	Vc	Tagesnummer:	0302-07610
Annagasse 5 II/III Tür 209	Geburtsdatum:	Eingangsdatum:	06.02.03
A - 1010 Wien			

Testbericht : Immuntoxikologie: LTTMCS Multiple Chemical Sensitivity

Ficus	1,2	Formaldehyd	2,6
	1,2		2,6
Latex	1,3	Phthalsäure anhydrid	1,7
	1,1		1,5
PCP	1,4	HMDI	1,7
	1,3		1,6
CKW	1,3	Alternaria tenuis	1,2
	1,3		1,2
PCB	4,4	Aspergillus fumigatus	1,3
	4,1		1,2
PAK	1,6	Penicillium notatum	1,9
	1,4		1,8
BTX	3,6	Rhizopus nigricans	1,7
	3,5		1,5
Permethrin	2,2	Cladosporium	1,3
	2,2		1,2
Lindan	1,5	Nickel	1,0
	1,4		1,0
		neg.Kontrolle	1,0
		pos.Kontrolle	43,1

Basalwert: 1665 Mitogen Stimulation: 71844 Legende: Normal <2 fraglich 2 - 3 erhöht >3

Beurteilung :

Im LTT Nachweis einer zellulären Sensibilisierung im Sinne einer Immunreaktion vom Typ IV:

Permethrin, Formaldehyd	PCB, BTX		
fraglich	SI 3 - 5	SI 5 - 10	SI > 10

Eine Aussage darüber, ob die vorliegende fragliche bzw. angedeutete Sensibilisierung einer klinisch manifesten Unverträglichkeitsreaktion entspricht, ist nur bedingt möglich. Wir empfehlen die Verifizierung des Testergebnisses mit einer zweiten Nachweismethode, die gleichzeitig Aussagen über die klinische Konsequenz (Zytokinsekretion) der Sensibilisierung ermöglicht (Effektorzellcharakterisierung). Anforderung durch den Facharzt (Selbstzahlerleistung): EFGEN + Angabe des zu untersuchenden Antigens (s. vorliegendes LTT-Ergebnis), Material: 10 ml frisches Heparinblut (oder CPT) + 10 ml Vollblut.

Erläuterungen:

Die Testergebnisse werden als Stimulationsindex SI wiedergegeben (Quotienten aus maximaler Antigen-Stimulation und basaler Einbaureate ohne Antigen/-Kontrolle) : $SI = \frac{CPM(\text{Antigen})}{CPM(\text{neg. Kontrolle})}$. Ein hoher SI Wert bedeutet Vorhandensein spezifischer T-Lymphozyten (Gedächtniszellen), die mit dem betreffenden Antigen reagieren. Ein SI <2 gilt als negativ. SI 2 - 3 ist fraglich positiv, SI >3 ist eindeutig positiv.

Mäßige Reaktionen kommen bei vorhandener Sensibilisierung ohne ständigen Antigenkontakt bzw. fraglicher klinischer Manifestation vor. Mittelstarke Reaktionen sprechen für manifeste Unverträglichkeitsreaktionen. Kontrolle "fraglich" positiv wird ggf. empfohlen !

Wien

LABORATORIEN BAYERSTRASSE 53, 80335 München
Telefon 089/54 308-0

U785*Herr**Dr. med.**Peter H. Lauda*

004315128085

r209

Arzt-Pat. Nr: U7851140

Tagesnr: 0302-07627

Blutentnahme:

Eingangsdatum: 06/02/03

Ausgangsdatum: 24/02/03

*Endbefund**Seite 1*

Geb.-Datum	Geschlecht	Krankenkasse	SWW/CT
	<i>M</i>	<i>PRI</i>	

ANALYSE	ERGEBNIS	EINHEIT	NW (spezifisch)
---------	----------	---------	-----------------

Diagnose: keine diagnostischen Angaben

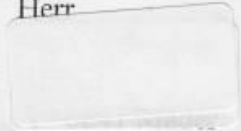
Urin	.		
<V> PCP/Pentachlorphenol (U)	0.9	µg/g KREA	< 4

Freigabe Fachlabor durch: Dr. O. Wetlitzky

<V> = Befund/Ergebnis wurde in Partnerlabor erstellt
In Sammelabrechnung wird dessen Kostensatz weitergegeben

Rezept

Herr



Wien, am 17. MRZ 2003

THERAPIESCHEMA MIKRONÄHRSTOFFE ANTI-OXIDANTIEN

	Morgens (zum Frühstück)	Mittags (zum Mittagessen)	Abends (zum Abendessen)
Anti Oxidant Formula	1		
Wahlrein 280E	1		1
Acorda Plus	1x 1	(zur d. Mahlzeit)	
EPA/DHA 1000mg	3x 1	Kapsel / Wade	
Wenormin 100mg	1	(Auskunft)	
Zinc 15mg			1
Clean Detox		1/2 TL jede 2. Tag	
Mangan 5mg			
^{225mg} Jodine ^{500mg} Tyrosine	2x 1	Kapsel / Wade	
^{75mg} Calcium ^{75mg} Magnesium (citrate / malate)			

Ord. Dr. med. univ. Peter H. Lauda
 Facharzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin
 Arzt für Allgemeinmedizin

bitte wenden!

Labors.at



Gruppenpraxis
FachärztInnen für Medizinische
und Chemische Labordiagnostik

- Alle Laboruntersuchungen
- Mikrobiologie, Genanalysen
- Alle Kassen und Privat
- ISO 9001 Systemzertifizierung

J. Bauer, Univ.-Doz. Dr. G. Endler, Univ.-Doz. Dr. M. Exner, Dr. E. Mühl, Dr. M. Mühl, Univ.-Prof. Dr. W. Speiser, Univ.-Prof. Dr. S. Spitzauer, Dr. S. Wagner, Dr. P.M. Winter

End Befund



(.2003)

Arzt: Dr. Peter Heinrich LAUDA

Bili ps. 2,90 ↑

Bili dir. 0,53 ↓

GOT 79 ↑

AP 287 ↑

Ery 3,94 ↓

Hb 72/11 ↓

Hk 0,39 ↓

MCV 93 ↑

Geboren am: 27.09.1987

Auftragsnummer: 1503388760

Aufnahme: 14.05.2003

Diff. Lymphe 47,7 ↑

Hem. Mobilizing ps.

Drugsken 0,25 ↓

Drugsken 2,77 ↑ ↑

CK-IVAC rekt 3707 ↑ ↑ ↑

CK-MB 799,7 ↑ ↑

LDH 378 ↑ ↑

Ergebnis

Normalbereich

Grafik

BLUTSENKUNG NACH WESTERGREN

nach 1 Stunde

1 mm

(1 - 8)



nach 2 Stunden

5 mm

(0 - 18)



HÄMATOLOGISCHE BEFUNDE

Erythrozyten	3.94	T/l	(4.50 - 5.90)	↘
Hämoglobin	12.5	g/dl	(13.0 - 17.0)	↘
Hämatokrit	0.39	l/l	(0.43 - 0.50)	↘
MCV (mittl.Zellvolumen)	99	fl	(76 - 96)	↗
MCH (mittl.Zell-Hb)	32	pg	(28 - 33)	✓
MCHC (mittl.Zell-Hb-Konz.)	32	g/dl	(31 - 39)	✓
Erythrozytenverteilungsbreite	11.7	%	(11.5 - 14.5)	✓
Beschaffenheit des roten BB:	makrozytäre Anämie			
Thrombozyten	278	G/l	(150 - 360)	✓
Leukozyten	6.80	G/l	(4.00 - 10.00)	✓
Differentialblutbild:				
Stabkernige	1.8	rel %	(0.0 - 5.0)	✓
Segmentkernige	52.1	rel %	(50.0 - 70.0)	✓
Eosinophile	0.7	rel %	(0.0 - 5.0)	✓
Basophile	0.3	rel %	(0.0 - 2.0)	✓
Monozyten	3.5	rel %	(2.0 - 10.0)	✓
Lymphozyten	41.7	rel %	(20.0 - 40.0)	↗

geboren am 27.09.1987

Stäbchenige	0.1	G/l	(0.0 - 0.5)	✓
Segmentierte	3.54	G/l	(2.00 - 7.00)	✓
Eosinophile	0.05	G/l	(0.00 - 0.50)	✓
Basophile	0.0	G/l	(0.0 - 0.2)	✓
Monocyten	0.24	G/l	(0.08 - 1.00)	✓
Lymphozyten	2.84	G/l	(0.80 - 4.00)	✓

Beschaffenheit des weißen BB:
Thalassämie-Diagnostik

relative Lymphozytose
kein Hinweis auf Hämoglobinopathie

siehe Fremdbefund

BLUTGERINNUNG

Basisdiagnostik:

PTZ	77	%	(70 - 140)	✓
APTT (akt.part.Thrombopl.Zeit)	28	sec	(21 - 36)	✓
Fibrinogen	201	mg/dl	(150 - 450)	✓

CHEMISCHE BEFUNDE

Glukose nüchtern	99	mg/dl	(60 - 110)	✓
Lactat	1.4	mmol/l	(0.0 - 2.2)	✓
Lipoprotein (a)	6	mg/dl	(0 - 30)	✓
Apolipoprotein A1	143	mg/dl	(104 - 202)	✓
Apolipoprotein B	82	mg/dl	(66 - 133)	✓
Bilirubin gesamt	2.90	mg/dl	(0.00 - 1.20)	↗
Bilirubin direkt	0.53	mg/dl	(0.00 - 0.25)	↗
GOT (ASAT)	79	U/l	(0 - 34)	↗

Achtung Referenzwertänderung seit
21.3.2003

GPT (ALAT)	21	U/l	(0 - 55)	✓
------------	----	-----	----------	---

Achtung Referenzwertänderung seit
21.3.2003

GGT (Gamma-GT)	11	U/l	(0 - 64)	✓
----------------	----	-----	----------	---

Achtung Referenzwertänderung seit
21.3.2003

Alkalische Phosphatase	281	U/l	(40 - 150)	↗
------------------------	-----	-----	------------	---

Achtung Referenzwertänderung seit
21.3.2003

Cholinesterase	9240	U/l	(6400 - 15500)	✓
Alpha Amylase	40	U/l	(0 - 120)	✓

Lipase	24	U/l	(0 - 78)	✓
CK-NAC akt.	3701	U/l	(0 - 200)	↑
CRP (C-reaktives Protein)	Wert kontrolliert			✓
Zirkulierende Immunkomplexe	negativ			✓
freies Hämoglobin	Achtung Referenzwertänderung seit 21.3.2003			✓
CK-MB	199.7	U/l	(0.0 - 24.0)	↑
	Achtung Referenzwertänderung seit 21.3.2003			✓
LDH	318	U/l	(0 - 243)	↑
	Achtung Referenzwertänderung seit 21.3.2003			✓
Myoglobin	62.0	µg/l	(16.0 - 76.0)	✓
Troponin I(quantitativ)	negativ			✓
Eisen	155	µg/dl	(59 - 158)	✓
Transferrin	242	mg/dl	(200 - 380)	✓
EBK gesamt	341	µg/dl	(268 - 436)	✓
Ferritin	35	ng/ml	(30 - 300)	✓

Latenter Eisenmangel: 10 - 30

Manifester Eisenmangel: < 10

BUN (Harnstoff-N)	12.0	mg/dl	(6.0 - 25.0)	✓
Kreatinin	0.70	mg/dl	(0.50 - 1.20)	✓
Harnsäure	6.5	mg/dl	(3.4 - 7.0)	✓
Calcium	2.34	mmol/l	(2.10 - 2.70)	✓
Chloride	109	mmol/l	(95 - 110)	✓
Kalium	3.98	mmol/l	(3.50 - 5.50)	✓
Natrium	146	mmol/l	(135 - 150)	✓
Phosphat anorg.	1.3	mmol/l	(0.8 - 1.6)	✓
Gesamteiweiß	7.4	g/dl	(6.0 - 8.0)	✓

Serumeiweiß-Elektrophorese:

Albumin	67.2	%	(55.0 - 70.0)	✓
Alpha1-Globulin	2.7	%	(2.0 - 4.0)	✓
Alpha2-Globulin	6.9	%	(5.0 - 10.0)	✓
Beta-Globulin	8.0	%	(8.0 - 14.0)	✓
Gamma-Globulin	15.2	%	(10.0 - 20.0)	✓
Albumin	49.73	g/l	(37.00 - 51.00)	✓
Alpha1-Globulin	2.0	g/l	(1.2 - 3.2)	✓
Alpha2-Globulin	5.1	g/l	(3.0 - 8.0)	✓

boren am 27.09.1987

Beta-Globulin	5.9	g/l	(4.8 - 11.2)	✓
Gamma-Globulin	11.25	g/l	(6.00 - 16.00)	✓
CRP (C-reaktives Protein)	< 0.3	mg/dl	(0.0 - 0.5)	✓
Zirkulierende Immunkomplexe	negativ			✓
freies Hämoglobin	40.0	mg/dl	(5.0 - 40.0)	✓

Harnbefunde: Bemerkung:

Harnfarbe	gelb			✓
Spez. Gewicht	1.023	mg/l	(1.001 - 1.040)	✓
pH-Wert	6.5		(5.0 - 8.0)	✓
Nitrit	negativ			✓
Harneiweiß	5	mg/dl	(0 - 30)	✓
Harnzucker	negativ			✓
Ketonkörper	negativ			✓
Urobilinogen	positiv			↓
Harnbilirubin	negativ			✓
Blut	negativ			✓
Leukozyten	negativ			✓
Harnsediment	Bakterien			✓

Quantitative Bestimmungen im Harn:

Deoxypyridinolin	7.90	nM/ mMKrea	(2.19 - 9.15)	✓
Alpha Amylase im Spontanharn	129	U/l	(0 - 600)	✓

SPURENELEMENTE, TOXISCHE METALLE, VITAMINE

Kupfer im Serum	13.8	µmol/l	(12.0 - 25.0)	✓
Magnesium im Serum	1.0	mmol/l	(0.7 - 1.1)	✓
Mangan im Serum	1.1	µg/l	(0.3 - 1.3)	✓
Zink im Serum	18.9	µmol/l	(10.7 - 19.9)	✓
Vitamin B12	497	pmol/l	(94 - 1392)	✓
Folsäure	5.4	ng/ml	(2.7 - 34.0)	✓

Achtung Methodenänderung
neuer Normalbereich

Vitamin D (25-OH) 20.98 ng/ml

Sommer: 20.0 - 120.0
Winter: 10.0 - 50.0
leichter Mangel: 4.0 - 20.0
schwerer Mangel: <4.0

Vitamin D3(1,25-Dihydroxy) 46.35 ng/l (14.00 - 60.00) ✓

HORMONE

Sexualhormone:

Östradiol


46.00 ng/l

Präpubertät: <25

Postpubertät: <90

Spezielle Untersuchungen:

Progesteron

0.25 ng/ml (0.28 - 1.22) 

DHEA-S

3.10 µg/ml (2.80 - 6.40) 

Androstendion

1.36 ng/ml (0.35 - 3.15) Achtung korrigierter Befund von Labor
Philadelphia

Gesamt-Testosteron

2.57 ng/ml (2.00 - 10.00) 

Wert aus einmaliger Blutabnahme.

hypophysenhormone:

TSH

0.9 µU/ml (0.3 - 4.0) 

0.3 - 4.0: euthyreot

0.1 - 0.3: euthyreot oder supprimiert
TRH-Test angezeigt

< 0.1: sicher supprimiert

FSH (Follikelstimul.Hormon)

11.42 mU/ml

LH (Luteinisierendes Hormon)

2.74 mU/ml (2.00 - 12.00) 

Prolactin

8.5 ng/ml (2.6 - 17.0) 

Nebennierenrindenhormone:

Cortisol im Serum

6.2 µg/dl

vormittags: 4.20 - 38.40
nachmittags: 1.70 - 16.60

Diverse Hormone:

Serotonin	214.0	ng/ml	(40.0 - 400.0)	✓
Calcitonin	5.9	pg/ml	(0.0 - 13.0)	✓
Osteocalcin	27.1	ng/ml	(3.1 - 13.7)	↗

MIKROBIOLOGISCHE HARNUNTERSUCHUNG

Standardkultur und Resistenz

Gramfärbung	Keine Bakterien
Gesamtkeimzahl:	Kein Wachstum
Kultur: A	Kein Wachstum

a ... STECH ... geboren am 27.09.1987

Gruppenpraxis

Validierende Ärztin Dr. Ch. Wustinger
Mikrobiologielabor

- Mikrobiologie, Genanalysen
- Alle Kassen und Privat
- ISO 9001 Systemzertifizierung

Spezielle Untersuchungen:

Crosslaps

0.74 ng/ml (< 0.85)

27.09.1987

Rezept

terr

Wien, am 14. MAI 2003

THERAPIESCHEMA MIKRONÄHRSTOFFE ANTI-OXIDANTIEN

	Morgens (zum Frühstück)	Mittags (zum Mittagessen)	Abends (zum Abendessen)
Anti Oxidant Formule	1		
Vitamin 280E			1
Acetate Plus	1x1 (Morgens u. Mittags)		
Clear Detox	1x 1/2 TL (jeden 2. Tag)		
EPA/DHA 1000mg	3x1 Kapsel / Woche		
Fine 75mg			1
Vitamin B 6 Complex	1		
A.C. Formule	1		1

Patient 2

M.S, männlich, 14a

DIAGNOSEN

- **Vitaminmangel (Vit H, Vit C, Vit E)**
- **Mineralstoffmangel (Magnesium, Jod))**
- **Spurenelementmangel (Zink)**
- **Mangel Polyen Fettsäuren**
- **Entgiftungsdefizit auf Glutathion- und Cytochromebene – Leber)**
- **Tox. Belastungen (Phenol, Formaldehyd)**

Patient 2

M.S., männlich, 14a

DIAGNOSEN

- **Tox. Belastungen (Phenol, Hexachlorbenzol HCB, Formaldehyd, p-p DDE, Pentachlorphenol, Aluminium, Antimon, Fluorid?, Zinn?, Cobalt?)**
- **MCS (Multiple Chemical Sensitivity)**

Patient 2

M.S., männlich, 14a

Verlauf

- 11.11.02 Ausf. Befundbespr + OM Therapieschema
- 29.11. 02
- Kupfer nicht vertragen (Übelkeit, Bauchkrämpfe),
Kupfer 2 x /Wo, vermehrt Gurken, Nüße, zusätzlich
Omega 3 flüssig
- 9.12.02 Insgesamt deutl. besser, keine Müdigkeit
mehr, keine „Anfälle“

Patient 2

M.S., männlich, 14a

Verlauf

- 17.12.02
Stabil , keine Muskelschmerzen, kaum mehr müde, keine „Anfälle“!!

Patient 2

M.S., männlich, 14a

Verlauf

- 5.2.03

Insgesamt sehr gut, Schule viel besser, Schifahren, Sport problemlos, fette Nahrung nicht vertragen, nach EPA/DHA müde

Haut unauffällig

Patient 2

M.S, männlich, 14a

Verlauf

- **17.3.03**

**Energie/Antrieb 70%, Schule,
Konzentration, Sport, Haut,
Magen/Darm, Kreislauf vollkommen
unauffällig, keine Muskel- und
Kopfschmerzen, KEINE „Anfälle“,
KEINE Infekte**

Patient 2

M.S., männlich, 14a

Verlauf

- **20.3.03**

Lt. KH „ev. Thallassämie“!?

- **14.5.03**

**Insgesamt sehr gut,
Energie/Antrieb 80-85%, keine
Probleme mehr, darf in Schule
dennoch nicht mitturnen!!**

Patient 3

V.N., weiblich, 6a

Patient 3

V.N., weiblich, 6a

Diagnosen

- **St. p. Angina tons acuta bds 5/12**
- **St . P. + AB Gabe + Diarrhoe**
- **Mb. Crohn (Erstdiagnose 10/12)**
- **Rez. Fieberschübe**
- **Diarrhoe**
- **Eisenmangelanämie**
- **Neurodermitis/ Exanthem**

Patient 3

V.N., weiblich, 6a

Bisherige Abklärungen/Befunde

- **Div. Abklärungen im KH und Fachärzte**
- **Colo (9/12): Fibrinbelegte Aphten/Ulcerationen
ges. Colon (p.m. terminales Ileum)**
- **Gastro: Soorösophagitis, chron. Gastritis (HP neg)**
- **Wiederholte Eiseninfusionen im KH**

Patient 3

V.N., weiblich, 6a

Bisherige Abklärungen/Befunde

- **Labor: Entzündungsparameter massiv erhöht!**
- **Anämie, Eiweißmangel, rez. Hypokalämie**
- **2 x Stuhlprobe: Blut**

Stuhl Calprotectin 27.9.12: 419,28 mg/l (normal bis 15)

- **Modulen IBD Ernährungstherapie (Magensonde)**

Patient 3

V.N., weiblich, 6a

Bisherige Abklärungen/Befunde

- **Konsil Augen, Derma, Echo, Thorax Rö, OB Sono**
- **DD It KH: Mb. Still, Mb. Kawasaki, Arteriitis**
- **Ev. IVIG**
- **DEXA: 2% unter Normalwert !**

Patient 3

V.N., weiblich, 6a

Anamnese

- **Herbst 11 Subfebril/febril über Wochen**
- **5/12 Eitrige Angina tons bds**
- **AB Therapie, Diarrhoe, Pustel Wange**
- **Fieberanstieg unter AB Therapie!**
- **5 Tage nach absetzen AB gen. Exanthem**
- **Cortison supp.**

Patient 3

V.N., weiblich, 6a

Anamnese

- **Weiter Exanthem, bei KA Abstrich Rachen**
- **9/12 KH wegen starker anhaltender Durchfälle und Malnutrition**

Patient 3

V.N., weiblich, 6a

Medikamente

- **Aprednison 10mg/7mg/d**
- **Imurek 50mg/d**
- **Nexium 10mg/d**

Patient 3
V.N., weiblich, 6a

Anamnese - Mikronährstoffe

KEINE!

Patient 3

V.N., weiblich, 6a

Untersuchung

- **Haut blaß**
- **Körperlich-physikalisch ansonsten unauffällig , Abdomen weich ob, keine LK, TF + Rachen bland**

Patient 3

**V.N., weiblich, 6a
Labor, OM Therapie**

1. ox stress 28.1.13

Geb.: 27.12.2007

Geschl.: W

Klinische Angaben:

Material: Natrium-Heparin-Blut, Serum, EDTA

Entnahme: keine Angabe

Eingang: 29.01.2013 08:51

Ausgang: 11.02.2013 16:00

Zus. Info:

Kasse:

Abrechnung: PRI



Untersuchung	Ergebnis / Einheit	Referenzbereich
--------------	--------------------	-----------------

Vitamin C/Ascorbinsäure

-3.5

µg/ml

< 14.9

Vorhandene Materialien:

Natrium-Heparin-Blut, Serum, EDTA

EDTA-Blut

Natrium-Heparin-Blut

Serum gefroren

Einsenderprofil 1

Kalium (NH-VB)

42

mmol/l

36-52



Magnesium (E)

1.45

mmol/l

1.2-1.72



Kupfer (E)

80

µg/dl

32-150



Zink (E)

699

µg/dl

408-760



Cobalt (E)

<0.2

µg/l

<1

Selen (E)

99

µg/l

67-135



Mangan (E)

+14.8

µg/l

6-11



Blei (EDTA-VB)

31

µg/l

<100



BAT: Erwachsene 400 µg/l, Frauen < 45 J. < 300 µg/l;

Probennahmezeitpunkt: keine Beschränkung

Hinweis: Geänderter Referenzbereich ab 17.12.2004;

Quellen: Umweltbundesamt 11/04; TRGS 903, geändert 05/04

Cadmium (E) 0.58 µg/l <1.7
BAT/Biol. Arbeitsstoff-Toleranzwert bei berufl. Cd-Exposition: 15 µg/l

<V> Arsen (E) ² (*)
(*) zu wenig Material

Quecksilber (EDTA-VB) 1.1 µg/l
Referenzbereiche (Fischkonsum bis dreimal im Monat):

Kinder (6 - 12 Jahre) < 1.5 µg/l

Erwachsene < 2.0 µg/l

Hinweis: Geänderter Referenzbereich ab 17.12.2004;

Quellen: Umweltbundesamt 11/04; TRGS 903, geändert 05/04

Aluminium (PI) 2.7 µg/l <7.5
HINWEIS: Bitte beachten Sie die neuen Referenzwerte, die auf

Angaben aus der Literatur beruhen.

Strontium (S) -6 µg/l 10-70

Antimon (S) +2.8 µg/l <1.7

β-Carotin (S) -444 µg/l 569-1283

VITAMIN B1 (E)

Thiaminpyrophosphat (aktiv) 41.6 µg/l 28-85

VITAMIN B2 (E)

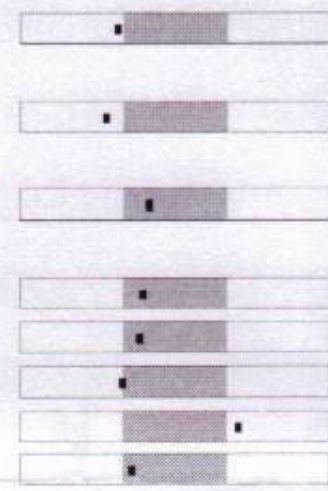
Vit. B2: FAD 179 µg/l 137-370

Vit. B2: Riboflavin 6.0 µg/l 2-29

Niacin (Vit. B3/Nicotinamid) -7.3 µg/l 8.0-52.0

Vit. B6 / Pyridoxalphosphat (@) +29.1 µg/l 8.7-27.2

Vitamin B12 296 pg/ml 246-911



Bei Vitamin B12-Werten im unteren Normbereich (zwischen 245 und 400 pg/ml) kann bereits einen Vitamin B12-Mangel vorliegen. Zur weiteren Abklärung ist die Bestimmung von Holotranscobalamin (aktives B12) und der Methylmalonsäure empfehlenswert.



Dr. J. Bauer, Univ.-Doz. Dr. G. Endler, Univ.-Doz. Dr. M. Exner, Dr. E. Mühl, Dr. M. Mühl, Univ.-Prof. Dr. W. Speiser, Univ.-Prof. Dr. S. Spitzauer, Dr. S. Wagner, Dr. P. M. Winter

BSG 39/63

Zustellung: +IB/+AO:2/+IF

A

Wronbrayn 526

Wien, am 14.02.2013 06:29

Herrn Dr.
Peter Heinrich LAUDA
 Praxisgemeinschaft Hebragasse
 Hebragasse 5/35 (1.DG-Lift)
 A 1090 Wien

HDL 34 ↓

Aufnahme : 28.01.2013

Abnahme : 28.01.2013

Auftrag : 1612079372

Chol 30 ↓↓

Triglyceride 386 ↑

LDL 67 ↓
HDL 27 ↓

Insulin 3.9 ↓

Glucose 6 ↓

EBK 544

Patient

Geb.Dat. 27.12.2007 W

TEIL-BEFUND

Kopie:

ASLO ↑↑↑
Vita 7 8 ↓↓

Ergebnis **7.6 ↓** Normalbereich Grafik
Chol 0.18 ↓
Ubl 4.8 ↓

BLUTSENKUNG

BSG nach 1 Stunde

39 mm

< 20

() ->

BSG nach 2 Stunden

63 mm

40

() ->

HÄMATOLOGISCHE BEFUNDE

Erythrozyten

4.2 T/l

4.0 - 5.2

(*)

Hämoglobin

10.8 g/dl

10.5 - 13.5

(*)

Hämatokrit

0.33 l/l

0.32 - 0.40

(*)

MCV (mittl.Zellvolumen)

79 fl

72 - 89

(*)

MCH (mittl.Zell-Hb)

26 pg

23 - 31

(*)

MCHC (mittl.Zell-Hb-Konz.)

33 g/dl

32 - 36

(*)

Erythrozytenverteilungsbreite

15 %

11 - 16

(*)

Ubl - 5-fache 1/2 ↑
Ubl - 2-fache 7.8 ↑
Ubl - 1-fache 7.2 ↑

Beschaffenheit des roten BB: unauffällig

Thrombozyten 526 G/l 150 - 450 () =>
Wert kontrolliert

Leukozyten 9.4 G/l 4.5 - 13.0 (*)

Differentialblutbild:

Stabkernige (rel.) 3 rel % < 5 (*)
Segmentkernige (rel.) 61 rel % 40 - 60 () ->
Eosinophile (rel.) 0.3 rel % < 5.0 (*)
Basophile (rel.) 0.7 rel % < 2.0 (*)
Monozyten (rel.) 8 rel % 3 - 10 (*)
Lymphozyten (rel.) 27 rel % 30 - 40 <- ()

Stabkernige (abs.) 0.3 G/l < 0.5 (*)
Segmentkernige (abs.) 5.7 G/l 1.8 - 7.8 (*)
Eosinophile (abs.) 0.03 G/l < 0.50 (*)
Basophile (abs.) 0.07 G/l < 0.20 (*)
Monozyten (abs.) 0.8 G/l 0.1 - 1.3 (*)
Lymphozyten (abs.) 2.5 G/l 1.3 - 5.2 (*)

Ergebnis

Normalbereich

Grafik

Differentialblutbild: (Fortsetzung)Beschaffenheit des weißen BB: **Thrombozytose****CHEMISCHE BEFUNDE**

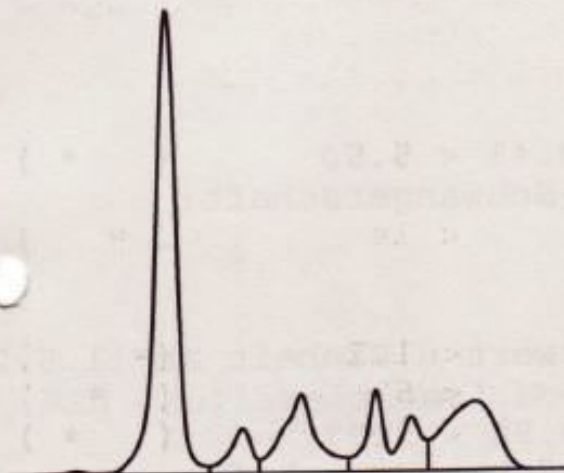
Glukose (nüchtern)	59 mg/dl	< 100	(*)
HbA1c	5.8 %	4.0 - 6.0	(*)
HbA1c (Berechnung nach IFCC)	39.9 mmol/mol	20.2 - 42.1	(*)
<i>Beeinflussung der HbA1c-Werte durch schwankende Hämoglobin-Konzentrationen möglich</i>			
Triglyceride	32 mg/dl	< 150	(*)
Cholesterin	127 mg/dl	< 200	(*)
	anzustreben: <200 mg/dl		
	grenzwertig: 200-240 mg/dl		
	erhöht: >240 mg/dl		
HDL-Cholesterin	34 mg/dl	> 40	<- ()
	erniedrigt: <40 mg/dl		
	anzustreben: >60 mg/dl		
LDL-Cholesterin	87 mg/dl		
	Atheroskleroserisiko gering: 100-129 mg/dl		
	leicht erhöht: 130-159 mg/dl		
	hoch: 160-190 mg/dl		
	sehr hoch: >190 mg/dl		
	Individuelle Risikofaktoren berücksichtigende Therapiezielwerte: www.labors.at		
	Analysenverzeichnis > LDL-Cholesterin		
Cholesterinquot. (Chol/HDL)	3.8	< 5.0	(*)

Homocystein	3	µmol/l	< 14	(*)
Bilirubin gesamt	0.2	mg/dl	< 1.2	(*)
GOT (ASAT)	27	U/l	< 52	(*)
GPT (ALAT)	27	U/l	< 39	(*)
GGT (Gamma-GT)	16	U/l	< 23	(*)
Alkalische Phosphatase	113	U/l	< 269	(*)
Cholinesterase	7055	U/l	3650 - 12920	(*)
CK, Creatinkinase	52	U/l	< 170	(*)
CK-MB, Creatinkinase (Herz)	23	U/l	< 24	(*)
LDH	292	U/l	< 332	(*)
Eisen	30	µg/dl	37 - 145	<- ()
Transferrin	386	mg/dl	209 - 335	() ->
Transferrinsättigung	6	%	15 - 45	<- ()

(Fortsetzung)

EBK gesamt	544	µg/dl	257 - 402	() ->
Ferritin	7	ng/ml	7 - 67	(*)
BUN (Harnstoff-N)	11	mg/dl	5 - 18	(*)
Kreatinin	0.3	mg/dl	0.3 - 0.6	(*)
EGFR (estim.glom.filt.rate)	> 60	ml/min	> 60	(*)
Harnsäure	1.6	mg/dl	2.3 - 6.1	<- ()
Calcium	2.3	mmol/l	2.1 - 2.6	(*)
Chloride	106	mmol/l	95 - 110	(*)
Kalium	4.0	mmol/l	3.5 - 5.5	(*)
Natrium	141	mmol/l	135 - 146	(*)
Phosphat anorg.	0.9	mmol/l	1.0 - 2.3	<- ()
Gesamteiweiß	7.1	g/dl	6.0 - 8.0	(*)

Serumeiweiß-Elektrophorese:



Albumin (rel.)	49.8	%	55.8 - 66.1	<- ()
Alpha-1-Globulin (rel.)	5.2	%	2.9 - 4.9	() ->
Alpha-2-Globulin (rel.)	13.8	%	7.1 - 11.8	() ->
Beta-Globulin (rel.)	13.2	%	8.4 - 13.1	() ->
Gamma-Globulin (rel.)	18.0	%	11.1 - 18.8	(*)
Albumin (abs.)	35.4	g/l	37.0 - 51.0	<- ()
Alpha-1-Globulin (abs.)	3.7	g/l	1.7 - 3.9	(*)
Alpha-2-Globulin (abs.)	9.8	g/l	4.3 - 9.4	() ->
Beta-Globulin (abs.)	9.4	g/l	5.0 - 10.5	(*)
Gamma-Globulin (abs.)	12.8	g/l	6.7 - 15.0	(*)
CRP	0.2	mg/dl	< 0.5	(*)
ASLO (Antistreptolysin)	247	U/ml	< 200	() ->

	Ergebnis	Normalbereich	Grafik
<u>Harnbefunde:</u>			
Spezifisches Gewicht Harn	1.019	1.001 - 1.035	(*)
pH-Wert Harn	6.5	4.5 - 8.0	(*)
Nitrit im Harn	negativ		
Eiweiß im Harn	negativ mg/dl	< 30	
Zucker im Harn	negativ mg/dl	< 50	
Ketonkörper im Harn	negativ		
Urobilinogen im Harn	negativ		
Bilirubin im Harn	negativ		
Blut im Harn	negativ		
Leukozyten im Harn	negativ		

MEDIKAMENTENSPIEGEL IM SERUM/PLASMA

°Gentamycin unterhalb der Nachweisgrenze

SPURENELEMENTE, VITAMINE

Magnesium im Serum	0.8 mmol/l	0.7 - 1.1	(*)
Vitamin D (25-OH) total	8 ng/ml	30 - 100	<-()
Vitamin D (25-OH) total IFCC	20 nmol/l	75 - 250	<-()

Bei Patienten, die zu Hyperkalziämie neigen, gelten höhere Referenzwerte (siehe: www.labors.at>Analysenverzeichnis)

TUMORMARKER

Calcitonin	2.3 pg/ml	< 4.8	(*)
------------	-----------	-------	-------

HORMONE

Schilddrüsenhormone:

FT3

4.49 pg/ml 2.41 - 5.50 (*)

Referenzwerte in der Schwangerschaft:

1. Trimenon: 2.5-3.9

2. Trimenon: 2.1-3.6

3. Trimenon: 2.0-3.3

Änderung von Referenzwert u. Einheit ab 11.5.20

FT4

1.50 ng/dl 0.96 - 1.77 (*)

Referenzwerte in der Schwangerschaft:

1. Trimenon: 0.9-1.5

2. Trimenon: 0.8-1.3

3. Trimenon: 0.7-1.2

Sexualhormone:

Östradiol (E2)

9 pg/ml 6 - 27 (*)

Follikelphase: 13 - 166

Ovulationspeak: 86 - 498

Lutealphase: 44 - 211

postmenopausal: 5 - 55

27.12.2007

Aufnahme: 28.01.2013

Auftrag: 1613079372

Ergebnis

Normalbereich

Grafik

Sexualhormone: (Fortsetzung)

Progesteron

unterhalb der Nachweisgrenze

Follikelphase: 0.2-1.5

Ovulationspeak: 0.8-3.0

Lutealphase: 1.7-27.0

Postmenopause: 0.1-0.8

1. Trimenon: 13.0-44.0

2. Trimenon: 44.0-175.0

Gesamt-Testosteron

unterhalb der Nachweisgrenze

Tanner Stadium 1: <0.025-0.061, TStd. 2: <0.025-0.104,

TStd. 3: <0.025-0.237; TStd. 4: <0.025-0.268, TStd. 5: 0.046-0.383

Definition der Tanner Stadien siehe www.labor.at

Hypophysenhormone:

TSH

1.50 μ U/ml

0.70 - 5.97

(*)

0.3-4.0: euthyreot

0.1-0.3: euthyreot oder supprimiert

TRH-Test angezeigt

< 0.1: sicher supprimiert

Referenzwerte in der Schwangerschaft:

1. Trimenon: <2.5

2. Trimenon: <3.0

3. Trimenon: <3.0

FSH (Follikelstimul.Hormon) 0.3 mU/ml 0.1 - 22.7 (*)

Follikelphase:3.5-12.5

Ovulationspeak:4.7-21.5

Lutealphase:1.7-7.7

Postmenopause:25.8-134.8

LH (Luteinisierendes Hormon) unterhalb der Nachweisgrenze

Follikelphase:2.4-12.6

Ovulat.Peak:14.0-96.0

Lutealphase:1.0-11.4

Postmenopause:7.7-59.0

Prolactin 3.9 ng/ml 6.0 - 29.9 <- ()

Diverse Hormone:

IGF-1/ Somatomedin C 277 ng/ml 80 - 244 () ->

Glucose Suppressionstest:

	Ergebnis	Normalbereich	Grafik
<u>Diverse Hormone:</u> (Fortsetzung)			
Parathormon intakt	38.8 pg/ml	15.0 - 65.0	(*)

AUTOANTIKÖRPER

Rheumafaktor	7 IU/ml	< 15	(*)
ANA Screen (CTD)	negativ (0.2 ratio)		
	<0.7:negativ		
	0.7-1.0:grenzwertig		
	>1.0:positiv		
Doppelstrang DNA Auto-AK	negativ U/ml		
	<10:negativ		
	10-15:grenzwertig		
	>15:positiv		

INFEKTIONSSEROLOGIE

Antikörper gegen Pilze, Pilznachweis:

°Candida albicans AK	1:40		
	<1:320 negativ		
	1:320-1:640 grenzwertig		
	>1:640 positiv		

INFEKTIONSSEROLOGIE

Antikörper gegen Pilze, Pilznachweis:

°Candida albicans AK 1:40
<1:320 negativ
1:320-1:640 grenzwertig
>1:640 positiv

ALLERGIEUNTERSUCHUNG

Immunglobulin-E 11.7 kU/l < 26.2 (*)

Spezifische IgE-RAST:

RAST-KLASSE 0: 0 - 0.35
RAST-KLASSE 1: 0.35 - 0.70
RAST-KLASSE 2: 0.70 - 3.50
RAST-KLASSE 3: 3.50 - 17.50
RAST-KLASSE 4: 17.5 - 50.0
RAST-KLASSE 5: 50.0 - 100.0
RAST-KLASSE 6: >100.0

Amoxicillin RAST 0 (0.00 kUA/l) (*)
°Cephalosporin -folgt- RAST-KL

Mit ° markierte Tests wurden in einem Labors.at Partnerlabor durchgeführt.

Details finden Sie auf www.labors.at>Analysenverzeichnis

Mit der Laborcard können Sie Befunde auch über das Internet abrufen:

www.labors.at>Leistungen>Laborcard

Wien, am 04.02.2013

Herrn
Dr. Peter Heinrich LAUDA
Hebragasse 5/35 (1.DG-Lift)
A 1090 Wien

Aufnahme: 29.01.2013
Abnahme: 29.01.2013
Auftrag: 3000200269

Patient:



Gebdat: **27.12.2007** **W**

Mikrobiologie - Endbefund

Stuhl

Standardkultur auf pathogene Keime

Salmonellen	kein Wachstum
Shigellen	kein Wachstum
Yersinien	kein Wachstum
Campylobacter	kein Wachstum

Pilze

Kultur auf Sproßpilze kein Wachstum

Parasiten/Protozoen

Parasitenanalyse negativ

Allgemeine Stuhluntersuchungen

Elastase	>500	µg/g Stuhl	> 200
----------	------	---------------	-------

Medizinische Informationen zu den einzelnen Analysen finden Sie unter: www.labor.at/analysenverzeichnis.html
Mit der Laborcard können Sie Befunde auch über das Internet abrufen: www.labor.at/leistungen-laborcard.html


Mit kollegialen Grüßen

Dr. med. univ. Peter H. Lauda
Arzt für Allgemeinmedizin
Facharzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin
ÖÄK Diplome Sportarzt, Notfallmedizin

Wien, am 28.7.13

3. ts 28.1.13

geb. 27.12.2007

THERAPIESCHEMA / REZEPT

MIKRONÄHRSTOFFE, ANTI OXIDANTIEN, PFLANZENINHALTSTOFFE

Alle Präparate, wenn nicht anders verordnet, von PURE ENCAPSULATIONS, Sudbury, Mass., USA

	Morgens (zum Frühstück)	Mittags (zum Mittagessen)	Abends (zum Abendessen)
Dre Dels	✓		✓

Dr. med. univ. Peter H. Lauda
 Arzt für Allgemeinmedizin
 Facharzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin
 ÖÄK Diplome Sportarzt, Notfallmedizin

Wien, am 25.2.73

No. [redacted] 14
 [redacted]

4. ts 28.2.13

27.12.07

THERAPIESCHEMA / REZEPT

MIKRONÄHRSTOFFE, ANTI OXIDANTIEN, PFLANZENINHALTSTOFFE

Alle Präparate, wenn nicht anders verordnet, von PURE ENCAPSULATIONS, Sudbury, Mass., USA

	Morgens (zum Frühstück)	Mittags (zum Mittagessen)	Abends (zum Abendessen)
	1 TL		
Vit C	2x 1 (zwischen d. Mahlzeiten)		
Vit E			1
	1x 1 (zwischen d. Mahlzeiten)		
	1x $\frac{2}{3}$ Kapsel		

Patient 3

V.N., weiblich, 6a

DIAGNOSEN

- **Oxidativer Stress**
- **Vitaminmangel (Vit C, Vit E, Beta-Carotin, Vit B3)**
- **Mineralstoffmangel (Magnesium)**
- **Spurenelementmangel (Selen)**
- **Tox. SM Belastung (Blei, Cadmium, Antimon)**
- **Entgiftungsdefizit (SOD, CAT)**

Patient 3

V.N., weiblich, 6a

Verlauf

- **28.1.13: Erstordination**
- **25.2.13: Keine Durchfälle, stabil, Haut ob,
Calprotectin Stuhl deutl. abgefallen,
Eiseninfusion im KH geplant**
- **1.3.13: zusätzlich Liver DI Detox**
- **?**