



Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten geb. am

Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Eintrag nur bei Weiterüberweisung!
 Betriebsstätten-Nr. des Erstveranlassers Arzt-Nr. des Erstveranlassers

Befundübermittlung Telefon Fax
 eilt, nachrichtlich an Nr. Nr.

Überweisungsschein für Laboruntersuchungen als Auftragsleistung

Kurativ Präventiv bei belegärztl. Behandlung Unfall, Unfallfolgen

Auftragsnummer des Labors

Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!

ggf. Kennziffer Quartal

Kontrolluntersuchung bekannte Infektion Geschlecht

Behandlung gemäß § 116b SGB V eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag

Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt

Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülerunfällen

Muster 10 (10.2014)

Größe: cm SSW: Wochen Tage

Gewicht: kg Zyklustag: Zyklusdauer:

Bauchumfang: cm



Bestell-Nr.: 0035 0065 03

Klinische Angaben / Fragestellung

<input type="checkbox"/> Aborte, habituelle	<input type="checkbox"/> EU-Gravidität, V.a.	<input type="checkbox"/> Kinderwunsch/infertilität	<input type="checkbox"/> PCO-Syndrom, V.a.
<input type="checkbox"/> Adipositas	<input type="checkbox"/> Frühgravidität, gestörte, V.a.	<input type="checkbox"/> Klimakterium, V.a.	<input type="checkbox"/> Schilddrüsenfunktion
<input type="checkbox"/> Akne	<input type="checkbox"/> Galaktorrhoe	<input type="checkbox"/> late-onset AGS, V.a.	<input type="checkbox"/> Zyklus, regelmäßig
<input type="checkbox"/> Amenorrhoe (prim. ?/sek.?)	<input type="checkbox"/> Haarausfall	<input type="checkbox"/> Lutealphasenkontrolle	<input type="checkbox"/> Zyklusstörung
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Hirsutismus/Virilisierung	<input type="checkbox"/> Mamma-Ca.	

Freitext: _____

Therapiehinweise:

unter OC ("Pille") Progesteron "Pille" Zykl. Gestagen Clomifen unter HRT Mirena® L-Thyroxin

Zykluskontrolle/Lutealkontrolle/stim. Zyklus/Klimakterium LH, FSH, Östradiol, Progesteron

Kinderwunsch **frühe Follikelphase:** LH, FSH, Östradiol, Prolaktin, TSH, Testosteron, DHEA-S, AMH
Lutealphasenkontrolle: Östradiol, Progesteron, Prolaktin, TSH, Testosteron, DHEA-S, AMH

Zyklusstörungen: Prolaktin, TSH, Östradiol, Progesteron, LH, FSH, Testosteron, SHBG, DHEA-S

Hyperandrogenämische Störungen/PCOS: LH, FSH, Östradiol, Testosteron, SHBG, DHEA-S, Androstendion, 17-OH-Progesteron

V.a. Abort oder gestörte Frühschwangerschaft/EUβ-HCG, Progesteron

Schilddrüse: TSH, fT3, fT4, TPO-Ak, TRAK

Osteoporose: Calcium, Phosphat, 25-OH-Vitamin D, Knochen-AP, Osteocalcin

Gewünschte Verfahren bitte markieren (Material: Serum)

<input type="checkbox"/> Prolaktin	<input type="checkbox"/> DHEA-S	<input type="checkbox"/> β-HCG	<input type="checkbox"/> TSH	<input type="checkbox"/> Calcium
<input type="checkbox"/> LH	<input type="checkbox"/> Androstendion	<input type="checkbox"/> Anti-Müller-Hormon	<input type="checkbox"/> fT3	<input type="checkbox"/> Phosphat, anorg.
<input type="checkbox"/> FSH	<input type="checkbox"/> Testosteron	<input type="checkbox"/> 17-OH-Progesteron	<input type="checkbox"/> fT4	<input type="checkbox"/> Osteocalcin
<input type="checkbox"/> Oestradiol (E2)	<input type="checkbox"/> Testosteron, frei + FA *	<input type="checkbox"/> Oestron (E1)	<input type="checkbox"/> TPO-Ak (MAK)	<input type="checkbox"/> Knochen-AP (Ostase)
<input type="checkbox"/> Progesteron	<input type="checkbox"/> SHBG	<input type="checkbox"/> Cortisol	<input type="checkbox"/> TSH-Rezeptor-Auto-Ak	<input type="checkbox"/> 25-OH-Vitamin D3

* Rechengröße: Bestimmt werden Testosteron und SHBG.

Mutterschaftsvorsorge

β-HCG S

Blutgruppe VB
(Rhesusfaktor, Antikörpersuchtest)

Blutgruppe (OP) VB

Irreguläre Antikörper S

Lues (TPPA) S

Hepatitis-Bs-Antigen S

HIV 1+2 Ak S

Röteln - Virus IgG S

Toxoplasma-Ak S

Chlamydien-Screen U

kl. Blutbild E

gr. Blutbild E

TSH S

Progesteron S

Folsäure S

oGTT 50-g nach 1. Std.

Glukose Belastung NF



0035 0072 08

Immunität (nur IgG)		Infektionen		Serologie		Tumormarker		Klinische Chemie	
<input type="checkbox"/> Röteln IgG-Ak	S	<input type="checkbox"/> Chlamydien (PCR)	AB	<input type="checkbox"/> Rheumafaktor IgM	S	<input type="checkbox"/> CA 15-3	S	<input type="checkbox"/> BSG	E
<input type="checkbox"/> Toxoplasmose IgG-Ak	S	<input type="checkbox"/> Chlamydien-Ak	S	<input type="checkbox"/> Cyc. citrulliniertes Peptid	S	<input type="checkbox"/> CA 19-9	S	<input type="checkbox"/> Natrium	S
<input type="checkbox"/> V.-Zoster IgG Ak	S	<input type="checkbox"/> HPV high/low risk (PCR)	AB	<input type="checkbox"/> C-reakt. Protein (quant.)	S	<input type="checkbox"/> CA 125	S	<input type="checkbox"/> Kalium	S
<input type="checkbox"/> Cytomegalie IgG-Ak	S	<input type="checkbox"/> Gonorrhoe (PCR)	AB	<input type="checkbox"/> Antinucleäre Ak (ANA-IgG)	S	<input type="checkbox"/> CEA	S	<input type="checkbox"/> Calcium	S
<input type="checkbox"/> Parvovirus IgG-Ak	S	<input type="checkbox"/> Röteln-Virus-Ak	S	Zoeliakie		<input type="checkbox"/> CASA	S	<input type="checkbox"/> Magnesium	S
<input type="checkbox"/> Hepatitis-Bs-Ak quant.	S	<input type="checkbox"/> Cytomegalie-Ak	S			<input type="checkbox"/> AFP	S	<input type="checkbox"/> Phosphat, anorg.	S
<input type="checkbox"/> Mumps-Virus IgG-Ak	S	<input type="checkbox"/> Toxoplasmose-Ak	S	<input type="checkbox"/> Gliadin IgG, IgA-Ak	S	<input type="checkbox"/> β-HCG	S	<input type="checkbox"/> Bilirubin, ges.	S
<input type="checkbox"/> Masern-Virus IgG-Ak	S	<input type="checkbox"/> Varizella-Zoster-Ak	S	<input type="checkbox"/> Transglut. IgG, IgA-Ak	S	<input type="checkbox"/> SCC	S	<input type="checkbox"/> Glukose	NF
<input type="checkbox"/> Pertussis IgG-Ak	S	<input type="checkbox"/> Herpes-simplex-Ak	S			<input type="checkbox"/> TPA / TPS	S	<input type="checkbox"/> Eiweiss, ges.	S
		<input type="checkbox"/> Parvovirus-Ak	S			<input type="checkbox"/> Hämoglobin/Haptoglobin	ST	<input type="checkbox"/> Elektrophorese	S
		<input type="checkbox"/> Listerien-Ak	S					<input type="checkbox"/> Creatinin-Kinase (CK)	S
		<input type="checkbox"/> Anti-Streptolysin O (ASL)	S					<input type="checkbox"/> Cholinesterase (CHE)	S
		<input type="checkbox"/> Hepatitis B	S					<input type="checkbox"/> GOT (ASAT)	S
		<input type="checkbox"/> Hepatitis C-Ak	S					<input type="checkbox"/> GPT (ALAT)	S
		<input type="checkbox"/> HIV 1+2 Ak	S					<input type="checkbox"/> gGT	S
		<input type="checkbox"/> Borrelien-Ak	S					<input type="checkbox"/> Alk. Phosphatase	S
								<input type="checkbox"/> LDH	S
Diabetes und 75g oGTT		Präeklampsie-Labor		Hämostaseologie		Hämatologie			
<input type="checkbox"/> HbA1c	E	<input type="checkbox"/> kl. Blutbild	E	<input type="checkbox"/> Quick/INR	C	<input type="checkbox"/> kl. Blutbild	E	<input type="checkbox"/> Pankreas Amylase	S
<input type="checkbox"/> Glukose	NF	<input type="checkbox"/> Kreatinin	S	<input type="checkbox"/> PTT	C	<input type="checkbox"/> gr. Blutbild	E	<input type="checkbox"/> Lipase	S
<input type="checkbox"/> Insulin	S	<input type="checkbox"/> Harnsäure	S	<input type="checkbox"/> Thrombinzeit	C	<input type="checkbox"/> Diff. Blutbild (manuell)	E	<input type="checkbox"/> Harnsäure	S
<input type="checkbox"/> HOMA-Index	NF,S	<input type="checkbox"/> GOT (ASAT)	S	<input type="checkbox"/> Fibrinogen	C	<input type="checkbox"/> Hämoglobin	E	<input type="checkbox"/> Kreatinin	S
(Rechengröße aus nüchtern Glukose u. Insulin)		<input type="checkbox"/> GPT (ALAT)	S			<input type="checkbox"/> Leukozyten	E	<input type="checkbox"/> Haptoglobin	S
<input type="checkbox"/> C-Peptid	S	<input type="checkbox"/> LDH	S			<input type="checkbox"/> Thrombozyten	E	<input type="checkbox"/> Eisen	S
		<input type="checkbox"/> Haptoglobin	S			<input type="checkbox"/> Thrombozyten	E	<input type="checkbox"/> Ferritin	S
oGTT (Grav.) 75g		<input type="checkbox"/> C-reakt. Protein (quant.)	S			<input type="checkbox"/> Retikulozyten	E	<input type="checkbox"/> Transferrin	S
<input type="checkbox"/> Glukose 1. Probe 0 h	NF	<input type="checkbox"/> Bilirubin, ges.	S					<input type="checkbox"/> C-reakt. Protein (quant.)	S
<input type="checkbox"/> Glukose 2. Probe 1 h	NF	<input type="checkbox"/> Ges.Eiweiß/Kreatinin-Quotient (Proteinurie)	U					<input type="checkbox"/> Cholesterin	S
<input type="checkbox"/> Glukose 3. Probe 2 h	NF							<input type="checkbox"/> HDL-Cholesterin	S
								<input type="checkbox"/> LDL-Cholesterin	S
oGTT (Insulinresistenz) 75g		oGTT (Insulinresistenz) 75g (NC)		Thrombophilie		Blutungsneigung		<input type="checkbox"/> Triglyceride	S
<input type="checkbox"/> Glukose 1. Probe 0 h	NF	<input type="checkbox"/> Glukose 1. Probe 0 h	NC	<input type="checkbox"/> APC-Resistenz	C	<input type="checkbox"/> Quick/INR	C	<input type="checkbox"/> Homocystein	PL ☺
<input type="checkbox"/> Insulin 1. Probe 0 h	S	<input type="checkbox"/> Insulin 1. Probe 0 h	S	<input type="checkbox"/> Faktor V-Leiden-Mut.	E §	<input type="checkbox"/> PTT	C	<input type="checkbox"/> Folsäure	S
<input type="checkbox"/> Glukose 2. Probe 30 Min.	NF	<input type="checkbox"/> Glukose 2. Probe 30 Min.	NC	<input type="checkbox"/> Faktor II-Mutation	E §	<input type="checkbox"/> Thrombinzeit	C	<input type="checkbox"/> Vitamin B12	S ◆
<input type="checkbox"/> Insulin 2. Probe 30 Min.	S	<input type="checkbox"/> Insulin 2. Probe 30 Min.	S	<input type="checkbox"/> Protein C-Akt.	C	<input type="checkbox"/> Fibrinogen	C	<input type="checkbox"/> Vitamin D3 (25-OH)	S ◆
<input type="checkbox"/> Glukose 3. Probe 1 h	NF	<input type="checkbox"/> Glukose 3. Probe 1 h	NC	<input type="checkbox"/> Protein S-Akt.	C	<input type="checkbox"/> VWF:AG	C	<input type="checkbox"/> Selen	S
<input type="checkbox"/> Insulin 3. Probe 1 h	S	<input type="checkbox"/> Insulin 3. Probe 1 h	S	<input type="checkbox"/> Antithrombin-Akt.	C	<input type="checkbox"/> VWF-Ak	C	<input type="checkbox"/> Zink	S!
<input type="checkbox"/> Glukose 4. Probe 2 h	NF	<input type="checkbox"/> Glukose 4. Probe 2 h	NC	<input type="checkbox"/> Lupus Antikoagulans	C	<input type="checkbox"/> VWF:CBA	C		
<input type="checkbox"/> Insulin 4. Probe 2 h	S	<input type="checkbox"/> Insulin 4. Probe 2 h	S	<input type="checkbox"/> Cardiolipin-Ak IgM EIA	S	<input type="checkbox"/> Faktor VIII	C		
				<input type="checkbox"/> Cardiolipin-Ak IgG EIA	S	<input type="checkbox"/> Faktor IX-Aktivität	C		
				<input type="checkbox"/> β-2-Glykoprotein IgG-Ak	S	<input type="checkbox"/> Faktor XIII	C		
				<input type="checkbox"/> β2-Glykoprotein IgM-Ak	S	<input type="checkbox"/> Thrombozytenaggregation	C 10ml		

Probenmaterial
 C = Citrat-Blut NF = Natriumfluorid-Blut
 E = EDTA-Blut ST = Stuhl
 EP = EDTA-Plasma U = Urin
 NC = Natrium-Citrat-Fluorid EDTA PL = Plasma

Wichtige Hinweise
 ☺ = nüchtern § = Für diese Untersuchung ist eine vom Patienten unterschriebene Einverständniserklärung laut Gendiagnostikgesetz erforderlich.
 ◆ = lichtgeschützt
 ◆ = ! Neutralmonovette