

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

Befund eilt, Übermittlung an

Telefon

Fax

Nr.

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag

Überweisungsschein für Laboruntersuchungen als Auftragsleistung

Kurativ

Präventiv

bei belegärztl. Behandlung

Unfall, Unfallfolgen

Auftragsnummer des Labors

Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!

Knappschafts-kennziffer

10



Quartal

Geschlecht

Kontrolluntersuchung bekannte Infektion

Behandlung gemäß

§ 116b SGB V

eingeschränkter Leistungsanspruch

gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

Abnahmedatum

Abnahmezeit

SSW

Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch

Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt

Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülereinfällen



320660050502

<input type="checkbox"/> kein Anruf, path. Bef. bekannt	Basislabor	Schwangerschaft/Vorsorge	Hepatitis	Endokrinologie
Profile	<input type="checkbox"/> ALAT (GPT) S	<input type="checkbox"/> β-hCG S	<input type="checkbox"/> Ausschl. Hepatitis A/B/C/E S	<input type="checkbox"/> Zyklusstag <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Profil 1 <input type="checkbox"/> Profil 4	<input type="checkbox"/> ASAT (GOT) S	<input type="checkbox"/> Blutgruppe/Antikörper B	<input type="checkbox"/> HAV-IgG/IgM-AK S	<input type="checkbox"/> β-HCG S
<input type="checkbox"/> Profil 2 <input type="checkbox"/> Profil 5	<input type="checkbox"/> AP (Alk. Phosphatase) S	<input type="checkbox"/> AK-Suchtest B	<input type="checkbox"/> HBs-Ag + Anti-HBc S	<input type="checkbox"/> Cortisol S
<input type="checkbox"/> Profil 3 <input type="checkbox"/> Profil 6	<input type="checkbox"/> γ-GT S	<input type="checkbox"/> Syphilis-AK S	<input type="checkbox"/> HCV-IgG/IgM-AK S	<input type="checkbox"/> Prolaktin S
<input type="checkbox"/> OP-Vorbereitung S, E, N	<input type="checkbox"/> Lactatdehydrogenase (LDH) S	<input type="checkbox"/> Röteln-IgG-AK S	<input type="checkbox"/> HEV-IgG/IgM-AK S	<input type="checkbox"/> LH <input type="checkbox"/> FSH S
<input type="checkbox"/> Anämie S	<input type="checkbox"/> Bilirubin, gesamt S	<input type="checkbox"/> Röteln-IgM-AK S	Infektiologie	<input type="checkbox"/> LH/FSH-Quotient S
<input type="checkbox"/> Hydramnion S	<input type="checkbox"/> Bilirubin, direkt/indirekt S	<input type="checkbox"/> HIV-AK S	<input type="checkbox"/> Röteln-AK S	<input type="checkbox"/> Progesteron S
<input type="checkbox"/> Ausschluss HELLP S, E	<input type="checkbox"/> Gallensäuren S	<input type="checkbox"/> HBs-Antigen S	<input type="checkbox"/> HIV-AK S	<input type="checkbox"/> Östradiol (E2) S
<input type="checkbox"/> Präeklampsie S, E	<input type="checkbox"/> Harnsäure S	<input type="checkbox"/> Toxoplasmose-AK S	<input type="checkbox"/> Parvoviren-AK S	<input type="checkbox"/> Testosteron S
Hämatologie	<input type="checkbox"/> Cholesterin S	<input type="checkbox"/> Varizellen/Zoster-AK S	<input type="checkbox"/> Herpes 1/2-AK S	<input type="checkbox"/> freies Testosteron S
<input type="checkbox"/> Großes Blutbild E	<input type="checkbox"/> HDL-Cholesterin S	<input type="checkbox"/> Chlamydien-Direktnachw. EU	<input type="checkbox"/> EBV-AK S	<input type="checkbox"/> SHBG S
<input type="checkbox"/> Kleines Blutbild E	<input type="checkbox"/> LDL-Cholesterin S	<input type="checkbox"/> AFP (MoM) Angaben bitte umseitig S	<input type="checkbox"/> CMV-AK S	<input type="checkbox"/> DHEA-S S
<input type="checkbox"/> Blutgruppe/Antikörper B	<input type="checkbox"/> Triglyceride S	<input type="checkbox"/> Fetalen Rh-Faktor ¹ BG	<input type="checkbox"/> Varizellen/Zoster-AK S	<input type="checkbox"/> Androstendion S
<input type="checkbox"/> AK-Suchtest B	<input type="checkbox"/> Lipase <input type="checkbox"/> Amylase S	Diabetes/Urin/Niere	<input type="checkbox"/> Syphilis-AK S	<input type="checkbox"/> 17-OH-Progesteron S
<input type="checkbox"/> Hb-Elektrophorese E	<input type="checkbox"/> Creatinkinase S	<input type="checkbox"/> Gelegenheits-Plasma-Glucose N	<input type="checkbox"/> Toxoplasmose-AK S	<input type="checkbox"/> Anti-Müller-Hormon S
Gerinnung	<input type="checkbox"/> Kreatinin <input type="checkbox"/> Harnstoff S	<input type="checkbox"/> Nüchtern-Plasma-Glucose N	<input type="checkbox"/> Borrelien-AK S	Endokrinologische Profile
<input type="checkbox"/> Quick/INR <input type="checkbox"/> ther. C	<input type="checkbox"/> Proteinelektrophorese S	<input type="checkbox"/> oGTT (Screening 50g) N	<input type="checkbox"/> Chlam. trachom. Serologie S	<input type="checkbox"/> Sek. Amenorrhoe S
<input type="checkbox"/> PTT C	Elektrolyte/Spurenelemente	<input type="checkbox"/> oGTT (Schw. 75g / 0+1+2h) N	<input type="checkbox"/> Chlamydien-Direktnachw. EU	<input type="checkbox"/> Androgenisierung S
<input type="checkbox"/> Thromboserisiko ¹ S, E, C	<input type="checkbox"/> Natrium <input type="checkbox"/> Chlorid S	<input type="checkbox"/> oGTT (75g mit Insulin) 3x N, E	<input type="checkbox"/> Chlamydien-Direktnachw. A	<input type="checkbox"/> Polycyst. Ovarien (PCO) S
<input type="checkbox"/> APC-Resistenz C	<input type="checkbox"/> Kalium S	<input type="checkbox"/> HOMA-Index N, E	<input type="checkbox"/> Cervix <input type="checkbox"/> sonstiges	<input type="checkbox"/> Prolaktinom S
<input type="checkbox"/> Lupus-Antikoag.-Screen C, S	<input type="checkbox"/> Calcium <input type="checkbox"/> Phosphat S	<input type="checkbox"/> HbA _{1c} E	Vorsorge (Empfängnisregelung)	<input type="checkbox"/> Fertilitätsstörung S
<input type="checkbox"/> Phospholipid-AK S	<input type="checkbox"/> Magnesium <input type="checkbox"/> Eisen S	<input type="checkbox"/> Teststreifen U	<input type="checkbox"/> Varizellen-IgG-AK S	Knochenstoffwechsel
<input type="checkbox"/> F.V-Leiden/Prothr.-Mut. ¹ E	<input type="checkbox"/> Osmolalität S	<input type="checkbox"/> Albumin/Kreatinin-Quotient U	<input type="checkbox"/> Röteln-IgG-AK S	<input type="checkbox"/> Ostase S
<input type="checkbox"/> Anti-Xa Aktivität C	<input type="checkbox"/> Selen <input type="checkbox"/> Zink S	<input type="checkbox"/> Eiweiß SU	<input type="checkbox"/> Chlamydien-Screening EU	<input type="checkbox"/> TRAP 5b S
<input type="checkbox"/> Blutungsneigung C, E, V	Schilddrüse	<input type="checkbox"/> GFR (MDRD), berechnet S	bei Interruptio <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Parathormon (PTH) E
<input type="checkbox"/> Verschlusszeit V	<input type="checkbox"/> TSH S	Anämie	Proteine/Entzündung	<input type="checkbox"/> Vitamin D S
<input type="checkbox"/> von Willebrand Diagn. C, V	<input type="checkbox"/> ft3 <input type="checkbox"/> ft4 S	<input type="checkbox"/> Ferritin <input type="checkbox"/> Transf.s. S	<input type="checkbox"/> C-reaktives Protein (CRP) S	Tumormarker
<input type="checkbox"/> Faktor VIII C	<input type="checkbox"/> Anti-TPO (MAK) S	<input type="checkbox"/> Lösl. Transferrinrezeptor S	<input type="checkbox"/> Procalcitonin (PCT) S	<input type="checkbox"/> AFP <input type="checkbox"/> CA 19-9 S
	<input type="checkbox"/> Anti-TG (TAK) S	<input type="checkbox"/> Vitamin B12 <input type="checkbox"/> Folsäure S	<input type="checkbox"/> ANA-Suchtest S	<input type="checkbox"/> CEA <input type="checkbox"/> CA 72-4 S
	<input type="checkbox"/> TSH-Rezeptor-AK (TRAK) S	<input type="checkbox"/> Holotranscobalamin S	Darmkrebsvorsorge	<input type="checkbox"/> CA 15-3 <input type="checkbox"/> β-hCG S
	<input type="checkbox"/> Anti-Thyreoglobulin (TAK) S	<input type="checkbox"/> Haptoglobin S	<input type="checkbox"/> Hb im Stuhl (iFOBT) SS	<input type="checkbox"/> CA 125 <input type="checkbox"/> HE4 S

1 Genetische Untersuchung: Einwilligungserklärung erforderlich (siehe Rückseite)

RIECO Orgaform Altenburg GmbH 03447 8519-0 10/21



Medizinisches Labor Rostock

A - Abstrich; B - BG-Monovette; C - Citratblut; E - EDTA-Blut; EU - Erststrahl-Urin; N - NaF/Citrat-Blut; S - Serum; SS - Stuhlproben-Entnahmesystem; SU - Sammelurin; V - VZ-Monovette

G - Kombibeleag Gynäkologie

Bezeichnung	Material	Untersuchungen
Profile	Profilabhängig	Diese Profile werden nach Vereinbarung erstellt. Bitte wenden Sie sich an uns (☎ 0381 - 70 22 766)
OP-Vorbereitung	Serum, EDTA-Blut, NaF/Citrat-Blut	Kleines Blutbild, Plasma-Glucose, Kreatinin, γ -GT, Kalium
Anämie	Serum	Transferrinsättigung, Ferritin, Vitamin B12, Folsäure
Hydramnion	Serum	Cytomegalie-Virus-AK, Toxoplasmose-AK, Parvovirus-AK, Listerien-AK, Varizella-Zoster-Virus-AK
Ausschluss HELLP	Serum, EDTA-Blut	Großes Blutbild, Haptoglobin, Harnstoff, Kreatinin, GOT, GPT, γ -GT, LDH
Präeklampsie	Serum, EDTA-Blut	Kleines Blutbild, Haptoglobin, Placenta Wachstumsfaktor (PIGF), sFit-1, sFit-1/PIGF-Quotient
Thromboserisiko / Thrombophilie ¹	Serum, EDTA-Blut, Citrat-Blut	Antithrombin, Protein C, Protein S, APC-Resistenz, Faktor VIII, Lupus-Antikoagulanz, Phospholipid-AK, Faktor-V-Leiden-Mutation (G1691A), Prothrombin-Mutation (G20210A)
Lupus- Antikoagulanz-Screen	Serum, Citrat-Blut	Lupus-Antikoagulanz (Gerinnungstest), Cardiolipin-AK, β 2-Glykoprotein-1-AK
Phospholipid-AK	Serum	Cardiolipin-AK, β 2-Glykoprotein-1-AK
Blutungsneigung	EDTA-Blut, Citrat-Blut, Verschlusszeit-Monovette	Kleines Blutbild, Quick, PTT, Fibrinogen (nach Clauss), Thrombinzeit, Faktor VIII, Faktor XIII, von Willebrand-Ag/AK, Verschlusszeit
von Willebrand Diagnostik	Citrat-Blut, Verschlusszeit-Monovette	Faktor VIII, von Willebrand Faktor: Antigen und Aktivität, Verschlusszeit
Oraler Glucosetoleranztest	NaF/Citrat-Blut	Plasma-Glucose-Werte nüchtern, 1h und 2h nach Gabe von 75 g Glucose (Schwangerschaft)
Oraler Glucosetoleranztest WHO mit Insulin	NaF/Citrat-Blut, EDTA-Blut	Plasma-Glucose und Insulin nüchtern, 1h und 2h nach Gabe von 75 g Glucose (WHO)
HOMA-Index	NaF/Citrat-Blut, EDTA-Blut	Nüchtern-Plasma-Glucose und Insulin
Ausschluss Hepatitis A/B/C/E	Serum	Anti-HAV-IgG/IgM, HBs-Ag, Anti-HBc IgG/IgM, Anti-HCV IgG/IgM, Anti-HEV IgG/IgM
Sekundäre Amenorrhoe	Serum	LH, FSH, LH/FSH-Quotient, Prolaktin, DHEA-Sulfat, SHBG, β -HCG, Androstendion, Östradiol, Progesteron, Testosteron, TSH
Androgenisierung	Serum	LH, FSH, LH/FSH-Quotient, Cortisol, SHBG, DHEA-Sulfat, Androstendion, Testosteron, 17-OH-Progesteron Blutentnahme 3. - 5. Zyklustag
Polycystische Ovarien (PCO)	Serum	Anti-Müller-Hormon (AMH), LH, FSH, LH/FSH-Quotient, DHEA-Sulfat, Testosteron Blutentnahme 3. - 5. Zyklustag
Prolaktinom	Serum	FSH, TSH, Prolaktin nicht nach Palpation der Mammae
Fertilitätsstörung	Serum	LH, FSH, LH/FSH-Quotient, Prolaktin, DHEA-Sulfat, Androstendion, Östradiol, Progesteron, Testosteron, Anti-Müller-Hormon (AMH), TSH Blutentnahme 3. - 5. Zyklustag

Für die endokrinologischen Untersuchungen bitte immer Zyklustag bzw. Schwangerschaftswoche angeben!

¹ Einwilligung bei genetischen Untersuchungen

Patientin / Patient / gesetzlicher Vertreter: Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Einwilligung für die geplante genetische Untersuchung.

ODER

Verantwortlicher Arzt nach Gendiagnostikgesetz (GenDG):

Die schriftliche Einwilligung der Patientin / des Patienten zur genetischen Untersuchung liegt mir vor.

Datum, Unterschrift

Zusätzlich notwendige Angaben für die Berechnung des AFP-MoM/Ersttrimestertests

Patientin

Geb.-Datum

Gewicht

kg

Woche + Tage **am Tag der Blutentnahme!**

+

SSW nach Ultraschall (hohe Sicherheit für die Berechnung)

+

SSW nach Anamnese (geringe Sicherheit für die Berechnung)

- Afrikanische Herkunft
- Asiatische Herkunft
- Zwillingschwangerschaft

Ggf. zusätzlich notwendige Angaben für die Berechnung des **Ersttrimestertests**

Datum Ultraschall:

Scheitel-Steiß-Länge:

mm

Nackentransparenz:

mm