

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

# Überweisungsschein für Laboruntersuchungen als Auftragsleistung



Kurativ     Präventiv     bei belegärztl. Behandlung     Unfall, Unfallfolgen

**Auftragsnummer des Labors**

Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!

Knappschafts-kennziffer

Quartal

Geschlecht

Kontrolluntersuchung bekannte Infektion

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

Abnahmedatum    Abnahmezeit

SSW

Befund eilt, Übermittlung an     Telefon     Fax    Nr. \_\_\_\_\_

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag

Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt

Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülerunfällen



1 Genetische Untersuchung: Einwilligungserklärung erforderlich (siehe Rückseite)

<input type="checkbox"/> kein Anruf, path. Bef. bekannt	Basislabor	Schwangerschaft / Vorsorge	Hepatitis	Hormone
<b>Profile</b>	<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"/> Zyklustag <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Praxisprofil 1	<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"/> Praxisprofil 2	<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"/> Praxisprofil 3	<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"/> Praxisprofil 4	<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"/> OP-Vorbereitung S, E, N	<input type="checkbox"/> Bilirubin, gesamt S	<input type="checkbox"/> Röteln-IgM-AK S	<b>Infektiologie</b>	<input type="checkbox"/> LH/FSH-Quotient S
<input type="checkbox"/> Anämie 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"/> Hydramnion S	<input type="checkbox"/> Harnsäure S	<input type="checkbox"/> HBs-Antigen S	<input type="checkbox"/> HIV-AK S	<input type="checkbox"/> Östradiol (E2) S
<input type="checkbox"/> Ausschluss HELLP S, E	<input type="checkbox"/> Cholesterin S	<input type="checkbox"/> Toxoplasmose-AK S	<input type="checkbox"/> Parvoviren-AK S	<input type="checkbox"/> Testosteron S
<input type="checkbox"/> Präeklampsie S, E	<input type="checkbox"/> HDL-Cholesterin S	<input type="checkbox"/> Varizellen/Zoster-AK S	<input type="checkbox"/> Herpes 1/2-AK S	<input type="checkbox"/> freies Testosteron S
<b>Hämatologie</b>	<input type="checkbox"/> LDL-Cholesterin S	<input type="checkbox"/> Chlamydien-Direktnachw. EU	<input type="checkbox"/> EBV-AK S	<input type="checkbox"/> SHBG S
<input type="checkbox"/> Großes Blutbild E	<input type="checkbox"/> Triglyceride S	<input type="checkbox"/> AFP (MoM) <small>Angaben bitte umseitig</small> S	<input type="checkbox"/> CMV-AK S	<input type="checkbox"/> DHEA-S S
<input type="checkbox"/> Kleines Blutbild E	<input type="checkbox"/> Lipase <input type="checkbox"/> Amylase S	<input type="checkbox"/> Gallensäuren S	<input type="checkbox"/> Varizellen/Zoster-AK S	<input type="checkbox"/> Androstendion S
<input type="checkbox"/> Blutgruppe/Antikörper B	<input type="checkbox"/> Creatinkinase S	<b>Diabetes / Urin / Niere</b>	<input type="checkbox"/> Syphilis-AK S	<input type="checkbox"/> 17-OH-Progesteron S
<input type="checkbox"/> AK-Suchtest B	<input type="checkbox"/> Kreatinin <input type="checkbox"/> Harnstoff S	<input type="checkbox"/> Gelegenheits-Plasma-Glucose N	<input type="checkbox"/> Toxoplasmose-AK S	<input type="checkbox"/> Anti-Müller-Hormon S
<input type="checkbox"/> Hb-Elektrophorese E	<input type="checkbox"/> Phosphat S	<input type="checkbox"/> Nüchtern-Plasma-Glucose N	<input type="checkbox"/> Borrelien-AK S	<b>Endokrinologische Profile</b>
<b>Gerinnung</b>	<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"/> Quick/INR <input type="checkbox"/> ther. C	<b>Elektrolyte / Spurenelemente</b>	<input type="checkbox"/> oGTT (Schw. 75g / 0+1+2h) N	<input type="checkbox"/> Chlamydien-Direktnachw. EU	<input type="checkbox"/> Androgenisierung S
<input type="checkbox"/> PTT C	<input type="checkbox"/> Kalium <input type="checkbox"/> Natrium S	<input type="checkbox"/> oGTT (75g mit Insulin) 3x N, E	<b>Vorsorge (Empfängnisregelung)</b>	<input type="checkbox"/> Polycyst. Ovarien (PCO) S
<input type="checkbox"/> Thromboserisiko <sup>1</sup> S, E, C	<input type="checkbox"/> Osmolalität S	<input type="checkbox"/> HOMA-Index N, E	<input type="checkbox"/> Varizellen-IgG-AK S	<input type="checkbox"/> Prolaktinom S
<input type="checkbox"/> APC-Resistenz C	<input type="checkbox"/> Calcium <input type="checkbox"/> Chlorid S	<input type="checkbox"/> HbA <sub>1c</sub> E	<input type="checkbox"/> Röteln-IgG-AK S	<input type="checkbox"/> Fertilitätsstörung S
<input type="checkbox"/> Lupus-Antikoag.-Screen C, S	<input type="checkbox"/> Magnesium <input type="checkbox"/> Eisen S	<input type="checkbox"/> Teststreifen U	<input type="checkbox"/> Chlamydien-Screening EU	<b>Knochenstoffwechsel</b>
<input type="checkbox"/> Phospholipid-AK S	<input type="checkbox"/> Selen <input type="checkbox"/> Zink S	<input type="checkbox"/> Albumin/Kreatinin-Quotient U	<input type="checkbox"/> bei Interruptio <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ostase S
<input type="checkbox"/> F.V-Leiden/Prothr.-Mut. <sup>1</sup> E	<b>Schilddrüse</b>	<input type="checkbox"/> Eiweiß SU	<b>Proteine / Entzündung</b>	<input type="checkbox"/> TRAP 5b S
<input type="checkbox"/> Anti-Xa Aktivität C	<input type="checkbox"/> TSH S	<input type="checkbox"/> GFR (MDRD), berechnet S	<input type="checkbox"/> C-reaktives Protein S	<input type="checkbox"/> Parathormon (PTH) E
<input type="checkbox"/> Blutungsneigung C, E, V	<input type="checkbox"/> ft3 <input type="checkbox"/> ft4 S	<b>Anämie</b>	<input type="checkbox"/> ANA-Suchtest S	<input type="checkbox"/> Vitamin D S
<input type="checkbox"/> Verschlusszeit V	<input type="checkbox"/> Anti-TPO (MAK) S	<input type="checkbox"/> Ferritin <input type="checkbox"/> Transf.s. S	<b>Tumormarker</b>	<b>Darmkrebsvorsorge</b>
<input type="checkbox"/> von Willebrand Diagn. C, V	<input type="checkbox"/> Anti-TG (TAK) S	<input type="checkbox"/> Lösl. Transferrinrezeptor S	<input type="checkbox"/> AFP <input type="checkbox"/> CA 19-9 S	<input type="checkbox"/> Hb im Stuhl (iFOBT) SS
<input type="checkbox"/> Faktor VIII C	<input type="checkbox"/> TSH-Rezeptor-AK (TRAK) S	<input type="checkbox"/> Vitamin B12 <input type="checkbox"/> Folsäure S	<input type="checkbox"/> CA15-3 <input type="checkbox"/> β-hCG S	
		<input type="checkbox"/> Holotranscobalamin S	<input type="checkbox"/> CA 125 <input type="checkbox"/> HE4 S	
		<input type="checkbox"/> Haptoglobin S		

Bezeichnung	Material	Untersuchungen
Praxisprofile	Profilabhängig	Diese Profile werden nach Vereinbarung erstellt. Bitte wenden Sie sich an uns (☎ 0381 - 70 22 167/111)
OP-Vorbereitung	Serum, EDTA-Blut, NaF/Citrat-Blut	Kleines Blutbild, Plasma-Glucose, Kreatinin, $\gamma$ -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, $\gamma$ -GT, LDH
Präeklampsie	Serum, EDTA-Blut	Kleines Blutbild, Haptoglobin
Thromboserisiko / Thrombophilie <sup>1</sup>	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, $\beta$ 2-Glykoprotein-1-AK
Phospholipid-AK	Serum	Cardiolipin-AK, $\beta$ 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, $\beta$ -HCG, Androstendion, Östradiol, Progesteron, Testosteron, TSH
Androgenisierung	Serum	LH, FSH, LH/FSH-Quotient, Cortisol, SHBG, DHEA-Sulfat, Androstendion, Testosteron, 17-OH-Progesteron <b>Blutentnahme 3. - 5. Zyklustag</b>
Polycystische Ovarien (PCO)	Serum	Anti-Müller-Hormon (AMH), LH, FSH, LH/FSH-Quotient, DHEA-Sulfat, Testosteron <b>Blutentnahme 3. - 5. Zyklustag</b>
Prolaktinom	Serum	FSH, TSH, Prolaktin <b>nicht nach Palpation der Mammae</b>
Fertilitätsstörung	Serum	LH, FSH, LH/FSH-Quotient, Prolaktin, DHEA-Sulfat, Androstendion, Östradiol, Progesteron, Testosteron, Anti-Müller-Hormon (AMH), TSH <b>Blutentnahme 3. - 5. Zyklustag</b>

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

#### <sup>1</sup> 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 **Ersttrimestertestes**

Datum Ultraschall:

Scheitel-Steiß-Länge:    mm

Nackentransparenz:    mm