10

Überweisungsschein für Laboratoriums-untersuchungen als Auftragsleistung

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr. | Versicherten-Nr. | Status

Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum

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

☐ Kurativ ☐ Präventiv ☐ bei belegärztl. Behandlung ☐ Unfall, Unfallfolgen

Auftragsnummer des Labors
Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!

Abnahmedatum T T M M J J | Abnahmezeit h h m m

ggf. Kennziffer | Quartal Q J J

☐ Kontrolluntersuchung bekannte Infektion

Geschlecht W M

Behandlung gemäß ☐ § 116b SGB V

eingeschränkter Leistungsanspruch ☐ gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

☐ Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch

☐ **Befundübermittlung eilt,** nachrichtlich an Telefon Nr. _____ Fax Nr. _____

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag

Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt

Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülerunfällen

Muster 10 (1.2012)

Gynäkologisch-endokrinologischer Anforderungsbogen

☐ **Befundinterpretation gewünscht**

☐ Körpergröße 100 10 1 cm

☐ Körpergewicht 100 10 1 kg

☐ Zyklustag 10 1

☐ 1. Zyklustag T T M M Y Y

Klinische Angaben / Fragestellung

☐ Adipositas ☐ Hyperprolaktinämie
☐ Akne ☐ Klimakt. Symptome
☐ Alopezie ☐ Lutealinsuffizienz
☐ Amenorrhoe ☐ Oligomenorrhoe
☐ Anovulation ☐ PCO-Syndrom
☐ Diabetes ☐ Prämenstr. Symptome
☐ Galaktorrhoe ☐ SD-Dysfunktion
☐ Hirsutismus ☐ Zyklus, unregelmäßiger
☐ Hyperandrogenämie

Medikation:

☐ Clomifen ☐ Gonadotropine
☐ L-Thyroxin ☐ Pille
☐ Prolaktinhemmer _____
☐ Hormonersatztherapie _____
☐ Hormone, sonstige _____

Sonstige Angaben:

☐ Gynäkol. OP _____
☐ Menopause seit: _____

Profil	Zykl.Tag	Parameter
☐ Sterilität 1	3-5	E2,Prog.,FSH,LH,Prolactin,Testo,SHBG,Andro,DHEAS,TSH,Cortisol
☐ Sterilität 2	---	(5 bis 7 Tage postovulatorisch): E2,Progesteron.,Prolaktin
☐ Sterilität 3	---	(Follikelprofil, präovulatorisch): E2,Progesteron.,LH
☐ PCO-Syndrom	3-5	E2,FSH,LH,Testo,SHBG,Andro,DHEAS,17-OH-Prog.,HOMA-Score
☐ Menopause/Klimakt.	3-5	Prolaktin, LH, FSH, Estradiol, Progesteron
☐ A-/Oligomenorrhoe	---	ß-HCG,E2,FSH,LH,Prolactin,Testo,DHT,SHBG,Andro,DHEAS,Ferritin
☐ Hirsutimus	3-5	Testo,DHT,SHBG,Andro,DHEAS,17-OH-Prog.,Cortisol,Aldosteron

Profilanforderung	Zykl.Tag	Parameter
☐ Alopezie	3-5	Testo,DHT,SHBG,Andro,DHEAS,17-OH-Prog.,Cortisol,Aldosteron
☐ Prämenstr. Syndrom	---	(5.-7. Tag postov.): E2, Progesteron, Prolactin, TSH
☐ Galaktorrhoe	---	E2, Progesteron, FSH, LH, Prolactin, TSH
☐ AGS	3-5	Testo,Andro,DHEAS,17-OH-Progesteron,Cortisol,Aldosteron

Einzelanforderungen

☐ Aldosteron	S	☐ Cortisol	S	☐ Ferritin	S	☐ Homocystein	E	☐ Prolaktin	S
☐ AMH	S	☐ DHEA-S	S	☐ FSH	S	☐ 17-Hydroxyprogesteron	S	☐ Prolaktin-Stim.	S
☐ Androstendion	S	☐ Dihydrotestosteron (DHT)	S	☐ fT3	S	☐ LH	S	☐ SHBG	S
☐ ß-HCG	S	☐ Estradiol (E2)	S	☐ fT4	S	☐ Oestron (E1)	S	☐ Testosteron, ges.	S
				☐ HOMA-IR	FP, Sg	☐ Progesteron	S	☐ TSH	S
								☐ TSH, stimuliert	S

E = EDTA-Blut, FP = NaF-Plasma, S = Serum, Sg = Serum gefroren,

000080030029

MediaPowered by (Media)Form 360-0 · 08.11 · 4-11-1349