



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		
<input type="checkbox"/> Befund eilt, Übermittlung an <input type="checkbox"/> Telefon <input type="checkbox"/> Fax Nr. _____		

Überweisungsschein für in-vitro-diagnostische Auftragsleistungen

Kurativ Präventiv bei belegärztl. Behandlung Unfall, Unfallfolgen

Auftragsnummer des Labors		
Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!		
Abnahmedatum	Abnahmezeit	SSW
T T M M J J	h h m m	

Knappschafts-kennziffer
Quartal
Geschlecht
Q J J

Kontrolluntersuchung bekannter Infektion
 eingeschränkter Leistungsanspruch
 SER 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 (4.2024)

 **Labor Dr. Wisplinghoff**

**UNTERSUCHUNGAUFTAG
GYNAKOLOGIE/ENDOKRINOLOGIE**



Rechnung an Patientin Privat IGeL EILT (Probe kennzeichnen)

SSW + Leistungskomplex 01770

Entnahmedatum Uhrzeit

Telefax an Praxis Telefax _____

Mutterschaftsvorsorge Infektionsserologie

Bitte speziellen Untersuchungsauftrag benutzen für Triple-Test/Integriertes Screening/Ersttrimester-Screening/NIFT

- | | | | | | |
|-----|---|-----|---|------------------------|--|
| S+E | Erstuntersuchung ohne Röteln | S | Cytomegalie-Ak (CMV) | E | Blutbild kl. |
| | AB0/Rh, AKS, LSR (TP-Ak), HBsAg | S | HBsAg | S | CRP quantitativ |
| S+E | Erstuntersuchung (MuVo I) | S | GU HBsAg, HCV-Ak (01865) | S | Ferritin |
| | AB0/Rh, AKS, LSR (TP-Ak), Rö-IgG, HBsAg | S | HIV-Test (HIV-1/2-Ak; p24-Ag) | S | Folsäure |
| S+E | Erstuntersuchung ohne BG/Röteln | SPU | C. trachomatis-Screening | S | Vitamin B12 |
| | AKS, LSR (TP-Ak), HBsAg | SP | C. trachomatis-PCR | S | TSH |
| S+E | Erstuntersuchung ohne BG | S | Toxoplasmose-Ak | S | β-HCG |
| | AKS, LSR (TP-Ak), Rö-IgG, HBsAg | S | Parvovirus-B19-Ak | S | Progesteron |
| S+E | Erstuntersuchung + VZV | S | Varizellen-Ak (VZV) | S | AFP (SSW 14+0 - 19+6) |
| | AB0/Rh, AKS, LSR, Rö-IgG, HBsAg, VZV-Ak | S | Röteln-IgG | S | Gallensäuren |
| S+E | Erstuntersuchung + VZV + Pertussis | S | Röteln-IgM | S | Präekklampsie (sFlt1/PIGF) |
| | AB0/Rh, AKS, LSR, Rö-IgG, HBsAg, VZV-Ak, Pertussis-Ak | S | Holotranscobalamin | S+E | Gestose-Profil (Profilinhalt s. Rückseite) |
| E | Blutgruppe/Rh-Faktor | E | HbA1c | | |
| | Blutgruppenausweis | S | Gallensäure | | |
| E | Antikörpersuchtest (AKS) | CF | BZ nüchtern | U | Urin sediment |
| S | Lues (LSR/TP-Ak) | CF | BZ postprandial | U | Urinstatus |
| S | Herpes simplex-Ak (HSV) | CF | oGTT 50 (1-h-Etikett: BZ2) | Leistungskomplex 01770 | |
| | | CF | oGTT 75 (nü, 1-h, 2-h-Etikett: BZ1, BZ2, BZ3) | E | Blutbild kl. |

Blutungsneigung/Therapiemonitoring

Blutungsneigungs-Profil (1 x EDTA, 3 x Citrat, 1 x Spezialmonovette)
Quick, PTT, Von-Willebrand-Faktor, FVIII, FIX, FXIII, PFA, Blutbild kl.

- | | | | |
|---|---|----|---------------------------------|
| C | Quick/INR | C | FVIII |
| C | PTT | C | FIX |
| C | D-Dimere | C | FXIII |
| C | Fibrinogen | SP | PFA-100 (In-vitro-Blutungszeit) |
| C | Von-Willebrand-Faktor (Antigen/Aktivität) | C | Anti-Xa-Aktivität |

Selektivvertrag „Hallo Baby“ (gilt nur für teilnehmende Krankenkassen)

- | | |
|---|--------------------------------|
| A | Infektionsscreen (13.–20. SSW) |
| S | Toxoplasmose |
| S | häm. Strept. B (HSB/GBS) |



0007 0131 21

Für die Untersuchungen ist eine Einverständniserklärung gemäß GenDG notwendig.

- Die Patientin wurde von mir über die angeforderten Untersuchungen aufgeklärt. Die Einverständniserklärung gemäß GenDG liegt vor.

Unterschrift der verantwortlichen ärztlichen Person (§ 3 Abs. 5 GenDG)

Praxisstempel

EILT (Probe kennzeichnen) Telefon Telefax Material _____ Entnahmedatum _____ Uhrzeit _____

Klinische Angaben (zur Befundung dringend erforderlich)

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Adipositas | <input type="checkbox"/> Galaktorrhoe | <input type="checkbox"/> Kinderwunsch | <input type="checkbox"/> Meno-/Metrorrhagie | <input type="checkbox"/> Schildrüsensyndikum |
| <input type="checkbox"/> Akne | <input type="checkbox"/> Hirsutismus | <input type="checkbox"/> klimakt. Symptomatik | <input type="checkbox"/> Oligomenorrhoe | <input type="checkbox"/> Sterilität, primär |
| <input type="checkbox"/> Alopezie | <input type="checkbox"/> HRT/HET | <input type="checkbox"/> Lutealinsuffizienz | <input type="checkbox"/> PCO-Syndrom | <input type="checkbox"/> Sterilität, sekundär |
| <input type="checkbox"/> Amenorrhoe, primär | <input type="checkbox"/> Hyperandrogenämie | <input type="checkbox"/> Mastodynies | <input type="checkbox"/> Polymenorrhoe | <input type="checkbox"/> Virilisierung |
| <input type="checkbox"/> Amenorrhoe, sekundär | <input type="checkbox"/> Hyperprolaktinämie | <input type="checkbox"/> Menopause | <input type="checkbox"/> prämenstr. Syndrom | |
| <input type="checkbox"/> Dysmenorrhoe | <input type="checkbox"/> Hysterektomie | | | |

Ergänzende klinische Angaben, Medikation, Verdachtsdiagnose, Fragestellung

Alter _____ Jahre Zyklustag _____

Größe _____ cm letzte Regel _____

Gewicht _____ kg Zyklustyp _____

Beurteilungswünsche

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Befund mit eingehender Beurteilung (klinische Angaben erforderlich) |
| <input type="checkbox"/> Befund ohne Beurteilung |

Hormone

- | | | | | |
|--|--|--|---|--|
| S <input type="checkbox"/> β-HCG | S <input type="checkbox"/> Östron (E1) | S <input type="checkbox"/> Androstendion | S <input type="checkbox"/> FT3 | Weitere Angaben (z. B. Uhrzeiten der Entnahme bei mehreren Proben; Funktionsteste) |
| S <input type="checkbox"/> LH | S <input type="checkbox"/> AMH | S <input type="checkbox"/> 17-OH-Prog. | S <input type="checkbox"/> FT4 | |
| S <input type="checkbox"/> FSH | S <input type="checkbox"/> Testosteron | S <input type="checkbox"/> fr. Testosteron | S <input type="checkbox"/> TSH | |
| S <input type="checkbox"/> Prolaktin | S <input type="checkbox"/> SHBG | CF+S <input type="checkbox"/> HOMA-Index | S <input type="checkbox"/> Anti-TPO (MAK) | |
| S <input type="checkbox"/> Progesteron | S <input type="checkbox"/> fr. Androgenindex | (BZ + Insulin) | S <input type="checkbox"/> Anti-TG (TAK) | |
| S <input type="checkbox"/> E2 (17-β-Östradiol) | S <input type="checkbox"/> DHEA-Sulfat | S <input type="checkbox"/> Cortisol | S <input type="checkbox"/> TRAK | |

Hormonprofile

- | | | | |
|---|---|--|--|
| S <input type="checkbox"/> Basisprofil Hormonstatus
LH, FSH, E2 (17-β-Östradiol), Prolaktin, Testosteron, DHEA-Sulfat, Androstendion, TSH (Blutentnahme 3. – 5. Zyklustag) | S <input type="checkbox"/> Abklärung Klimakterium/ Postmenopause
LH, FSH, E2 (17-β-Östradiol) | S <input type="checkbox"/> Galaktorrhoe
Prolaktin, TSH | S+E <input type="checkbox"/> Alopezie
Testosteron, DHEA-Sulfat, Androstendion, TSH, Ferritin, Zink, Vit. B12, Blutbild kl. |
| S <input type="checkbox"/> PCO (polyzystische Ovarien)
LH, FSH, E2 (17-β-Östradiol), Prolaktin, 17-OH-Progesteron, Testosteron, DHEA-Sulfat, Androstendion, SHBG (Blutentnahme 3. – 5. Zyklustag) | S <input type="checkbox"/> Androgenisierung
Testosteron, DHEA-Sulfat, Androstendion, SHBG, 17-OH-Progesteron, TSH | S <input type="checkbox"/> Schildrüsenfunktion
TSH, FT3, FT4, Anti-TPO (MAK), TRAK | S+E <input type="checkbox"/> Gestose
Blutbild kl., Kreatinin, Harnsäure, Gesamteiweiß, GOT, GPT, Haptoglobin, LDH |
| S <input type="checkbox"/> Substitutionstherapie in der Menopause (HRT/HET)
FSH, E2 (17-β-Östradiol), Östron (E1) | | S <input type="checkbox"/> Enzymdefekte der NNR
Testosteron, DHEA-Sulfat, Androstendion, 17-OH-Progesteron, Cortisol, (ggf. ACTH-Test empfohlen) | S <input type="checkbox"/> Präeklampsie
(sFlt1/PIGF) |

Kinderwunsch

- | Zyklusmonitoring | | Immunstatus | | |
|---|--|--|------------------------------------|--|
| S <input type="checkbox"/> 3. – 5. Zyklustag
LH, FSH, E2 (17-β-Östradiol), Prolaktin, Testosteron, DHEA-Sulfat, Androstendion, TSH | | S <input type="checkbox"/> Röteln-IgG | <input type="checkbox"/> IgM | S <input type="checkbox"/> C. trachomatis-IgG |
| S <input type="checkbox"/> späte Follikelphase (präovulatorisch, ca. 12. Zyklustag)
LH, E2 (17-β-Östradiol) | | S <input type="checkbox"/> Parvovirus-B19-IgG | <input type="checkbox"/> IgM | S <input type="checkbox"/> C. trachomatis-IgG + -IgA |
| S <input type="checkbox"/> Lutealphase (ca. 7. postovulatorischer Tag)
Progesteron, E2 (17-β-Östradiol) | | S <input type="checkbox"/> Pertussis-IgG | <input type="checkbox"/> IgM + IgA | S <input type="checkbox"/> Anti-HBc |
| | | S <input type="checkbox"/> Toxoplasmose-IgG | <input type="checkbox"/> IgM | S <input type="checkbox"/> Anti-HBs (Impffilter) |
| | | S <input type="checkbox"/> Cytomegalie-IgG (CMV) | <input type="checkbox"/> IgM | S <input type="checkbox"/> Lues (LSR/TP-IgG) |
| | | S <input type="checkbox"/> Varizellen-IgG (VZV) | <input type="checkbox"/> IgM | S <input type="checkbox"/> HIV (HIV-1/2-Ak; p24-Ag) |
| | | S <input type="checkbox"/> Masern-IgG | <input type="checkbox"/> IgM | S <input type="checkbox"/> Zikaviren-IgG + -IgM |
| | | S <input type="checkbox"/> Mumps-IgG | <input type="checkbox"/> IgM | |

Knochenstoffwechsel

- | Knochenstoffwechsel/Osteoporose-Profil | | Tumormarker | | | Krebsvorsorge | |
|--|------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|--|---------------|--|
| U+S <input type="checkbox"/> Knochenstoffwechsel/Osteoporose-Profil
FSH, E2 (17-β-Östradiol), Ostase (Knochen-AP), Crosslinks (PYD, DPD im Urin [2. Morgenurin]) | S <input type="checkbox"/> AFP | S <input type="checkbox"/> CA 72-4 | S <input type="checkbox"/> SCCA | A <input type="checkbox"/> p16/Ki67-Immunfärbung * | | |
| S <input type="checkbox"/> Ostase (Knochen-AP) | S <input type="checkbox"/> β-HCG | S <input type="checkbox"/> CEA | S <input type="checkbox"/> HE4 | A <input type="checkbox"/> HPV-L1-Immunfärbung * | | |
| U <input type="checkbox"/> Crosslinks (PYD, DPD im Urin [2. Morgenurin]) | S <input type="checkbox"/> CA 125 | S <input type="checkbox"/> CYFRA 21-1 | S <input type="checkbox"/> ROMA-Index | St <input type="checkbox"/> Hämo/Hb-Hpt-Komplex | | |
| S <input type="checkbox"/> Vitamin D3 (25-OH) | S <input type="checkbox"/> CA 15-3 | S <input type="checkbox"/> CA 50 | S <input type="checkbox"/> TPA | xSt <input type="checkbox"/> iFOBT (Hb im Stuhl) | | |
| S <input type="checkbox"/> Vitamin D3 (1,25-OH) | S <input type="checkbox"/> CA 19-9 | S <input type="checkbox"/> NSE | | St <input type="checkbox"/> Calprotectin | | |

Mikrobiologie und ErregerNachweis

- | | | |
|--|---|---|
| Material _____ | | |
| A <input type="checkbox"/> Erreger + ggf. Resistenz | SPU <input type="checkbox"/> C. trachomatis-Screening | |
| U <input type="checkbox"/> Erreger + ggf. Resistenz | SP <input type="checkbox"/> C. trachomatis-PCR | |
| A <input type="checkbox"/> Pilze | U <input type="checkbox"/> Pilze | A <input type="checkbox"/> Gonokokken kulturell |
| A/U <input type="checkbox"/> häm. Streptokokken B Kultur (HSB/GBS) | SP/SPU <input type="checkbox"/> Gonokokken-PCR | |
| A/U <input type="checkbox"/> HSB ohne Resistenz | A <input type="checkbox"/> Listerien kulturell | |
| A/U <input type="checkbox"/> häm. B Streptokokken-PCR | A <input type="checkbox"/> Listerien-PCR | |
| A <input type="checkbox"/> häm. Streptokokken A (HSA) | A/U <input type="checkbox"/> Mycoplasma/Ureaplasma. kulturell | |
| A <input type="checkbox"/> MRSA kulturell | A/U <input type="checkbox"/> Mycoplasma hominis-PCR | |
| A <input type="checkbox"/> MRSA-PCR | A/U <input type="checkbox"/> Mycoplasma genitalium-PCR | |
| A <input type="checkbox"/> Lues-PCR ** | SP/SPU <input type="checkbox"/> Ureaplasma-PCR | |

A/U Trichomonaden-PCR

A HSV-PCR A VZV-PCR

A/E/U CMV-PCR

E Parvovirus B19-PCR

SP HPV-PCR Screening

SP HPV-PCR (Abklärungsdiagnostik)

A BV-PCR (Bakterielle Vaginose) **

Gynäkologische Zytologie

* Bitte unter „Klinische Angaben“ Zyklustag eintragen

A ThinPrep® PAP-Test *

A HPV-L1-Immunfärbung *

A p16/Ki67-Immunfärbung *

Material:

S = Serum | C = Citratblut |

E = EDTA-Blut | A = Abstrich |

CF = Citrat-Fluorid | U = Urin |

St = Stuhl | SPU = spezielles Urin-Entnahmestock |

SP = spezielles Entnahmestock |

xSt = spezielles Stuhlröhrchen |

** keine Kassenleistung



0007 0038 33