



Überweisungsschein für Laboratoriumsuntersuchungen als Auftragsleistung

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

Kurativ Präventiv bei belegärztl. Behandlung Unfall, Unfallfolgen

Auftragsnummer des Labors

Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!

Knappschaftskennziffer

Quartal

Geschlecht

Kontrolluntersuchung bekannte Infektion

Behandlung gemäß § 11 6b SGB V eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch

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

Muster 10 (10.2021)

Laborauftrag zur Gynäkologischen Endokrinologie



Klinische Angaben (Bitte immer ausfüllen)

Datum letzte Regel _____

Zyklustag _____

Zykluslänge _____

Größe (in cm) _____

Gewicht (in kg) _____

BMI _____

Zyklusangaben

regelmäßig

unregelmäßig

Dauerblutung seit: _____

Zwischenblutung seit: _____

Menometrorrhagie

Oligomenorrhoe (> 35 d | < 3 Mon.)

Polymenorrhoe (< 25 d)

Klimakterium

Postmenopause

Primäre Amenorrhoe

Sekundäre Amenorrhoe

Fertilität

Kinderwunsch seit: _____

Zustand n. früheren Geburten

Aktuelle Stillphase

Wunsch Empfängnisverhütung

Habituelter Abort

Uterus/Becken

unauffällig

Endometriose

Uterus-Fehlbildung

Zustand n. Hysterektomie

↳ mit Adnexe ohne Adnexe

Ovarien

unauffällig

Polyzystisches Ovar

Ovarzyste

↳ rechts links

Zustand nach Exstirpation

↳ rechts links

Haare/Haut

Hirsutismus

Haarausfall/Alopezie

Akne

Medikamente

Kontrazeption

Gestagene

Gestagene/Östrogene

↳ Sequenzialpräparate fixe Kombination

Gestagenhaltiges IUP

Kupferspirale

Hormonersatztherapie

Östradiol

↳ systemisch lokal

Gestagene

↳ systemisch lokal

Gestagene/Östrogene

↳ Sequenzialpräparate fixe Kombination

Konjugierte Östrogene

Sonstige

Name/Präparat: _____

Clomifen Glukokortikoide

L-Thyroxin (Hydrocortison)

orale Antidiabetika Keine

Prolaktinhemmer

Sonstiges

klimakterische Beschwerden

Galaktorrhoe

↳ beidseitig einseitig

Mamma-CA

↳ letzte Chemotherapie: _____

Bitte Angaben auf der Rückseite machen →

Laborprofile zur gynäkologisch-endokrinen Diagnostik

Die klinischen Angaben der 1. Seite sind für die Befundung der Profile dringend notwendig.

Follikelphase ZM 1
GEZM1

Blutentnahme am 3.–5. Zyklustag

2 × Serum

17-OH-Progesteron	LH
Androstendion	Östradiol
Cortisol	Progesteron
DHEA-S	Prolaktin
DHT	SHBG
FSH	TSH*

IGeL-Preis 254,23 EUR

Ovulation ZM 2
GEZM2

Blutabnahme ca. am 14. Zyklustag bzw. 14 Tage vor erw. Regelblutung

1 × Serum

FSH
LH
Östradiol
Progesteron

IGeL-Preis 73,54 EUR

Lutealphase ZM 3
GEZM3

Blutabnahme ca. 7 Tage vor erwarteter Regelblutung

1 × Serum

FSH
LH
Östradiol
Progesteron

IGeL-Preis 73,54 EUR

PCO-Syndrom
GEPKO

Blutabnahme am 3.–5. Zyklustag, morgens, **nüchtern**

2 × Serum | 1 × NaF

17-OH-Progesteron	LH
Androstendion	Östradiol
Cortisol	Progesteron
DHEA-S	Prolaktin
DHT	SHBG
FSH	TSH*
HOMA (Insulin+NBZ)	

IGeL-Preis 271,13 EUR

Peri-/Postmenopause
GEMP

Blutabnahme am 3.–5. Zyklustag

1 × Serum

AMH
FSH
Östradiol
Östron

IGeL-Preis 110,27 EUR

Ovarielle Reserve
GEOR

Blutabnahme am 3.–5. Zyklustag

1 × Serum

AMH
FSH
Östradiol

IGeL-Preis 82,29 EUR

Adipositas
GEAD

Blutabnahme am 3.–5. Zyklustag morgens, **nüchtern**

1 × Serum | 1 × NaF

Cortisol
DHEA-S
DHT
HOMA (Insulin+NBZ)
SHBG
TSH*

IGeL-Preis 139,99 EUR

Adrenogen. Syndrom
GEAGS

Blutabnahme am 3.–5. Zyklustag

2 × Serum

17-OH-Progesteron	LH
Androstendion	Östradiol
Cortisol	Progesteron
DHEA-S	SHBG
DHT	Testosteron
FSH	

IGeL-Preis 239,66 EUR

Haarausfall/Alopezie
GEHH

Blutabnahme am 3.–5. Zyklustag

2 × Serum

3α-Androstandiol-Glucuronid	Ferritin
Androstendion	SHBG
Biotin (IGel)	Testosteron
DHEA-S	TSH*
DHT	Zink

Androgenisierung
GEAG

Blutabnahme am 3.–5. Zyklustag

1 × Serum

3α-Androstandiol-Glucuronid
Androstendion
DHEA-S
DHT
SHBG
Testosteron

Osteoporose
AOOF

2 × Serum | 1 × EDTA | Urinmonovette

Calcium/Albumin	Kreatinin	Ostase
CRP	Kreatinin (Urin)**	PTH**
Desoxypyridinolin (Urin)**	Natrium**	Phosphat
Eiweißelektrophorese**	Östradiol (bei ≥ 50J.)	TSH*
Kleines Blutbild	Osteocalcin**	25-OH-Vitamin D

IGeL-Preis (ohne**) 125,41 EUR

Betreffendes bitte ankreuzen

AF

BF

CF

DF

IGeL-Preis 210,52 EUR

Betreffendes bitte ankreuzen

von wenig bis stark behaart

Oberlippe

Kinn

Brust

Arme

Oberbauch

Unterleib

Beine

Oberer Rücken

Unterer Rücken

IGeL-Preis 155,15 EUR

Anforderung von Einzelwerten

<input type="checkbox"/> 17-OH-Progesteron	<input type="checkbox"/> ft4	<input type="checkbox"/> SHBG
<input type="checkbox"/> 3α-Androstandiol-Glucuronid	<input type="checkbox"/> ft3	<input type="checkbox"/> Tg-AK
<input type="checkbox"/> AMH	<input type="checkbox"/> FSH	<input type="checkbox"/> TRAK
<input type="checkbox"/> Androstendion	<input type="checkbox"/> hCG	<input type="checkbox"/> TPO-AK
<input type="checkbox"/> Cortisol	<input type="checkbox"/> LH	<input type="checkbox"/> TSH
<input type="checkbox"/> DHEA-Sulfat	<input type="checkbox"/> Östradiol	<input type="checkbox"/> Testosteron
<input type="checkbox"/> DHT	<input type="checkbox"/> Prolaktin	<input type="checkbox"/> Zink
	<input type="checkbox"/> Progesteron	

Material	EDTA	Serum	NaF
Sarstedt			
BD Vacutainer			

* Ist TSH pathologisch, werden ft3, ft4 und AK gemessen
** Nicht in IGeL-Profil enthalten

Alle Preise verstehen sich inkl. einer Auslagenpauschale von 5,90 EUR gemäß § 10 GOÄ