



# Überweisungsschein für Laboruntersuchungen als Auftragsleistung

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten geb. am

Kostenträgerkennung    Versicherten-Nr.    Status

Betriebsstätten-Nr.    Arzt-Nr.    Datum

Kurativ     Präventiv     bei belegärztl. Behandlung     Unfall, Unfallfolgen

**Auftragsnummer des Labors**

Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!

Knappschafts-kennziffer Quartal

Kontrolluntersuchung bekannte Infektion Geschlecht

**Eintrag nur bei Weiterüberweisung!**

Betriebsstätten-Nr. des Erstveranlassers    Arzt-Nr. des Erstveranlassers

Abnahmedatum Abnahmezeit

T T M M J J    h h m m

SSW

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

Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch

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

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag

Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt

Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülereunfällen

Muster 10 (10.2020)

**PERSÖNLICHES PRAXISPROFIL**

Sammelmenge \_\_\_\_\_ ml     Größe \_\_\_\_\_ cm     Gewicht \_\_\_\_\_ kg     Letzte Regel \_\_\_\_\_     Zyklustag \_\_\_\_\_

## PROFILE (SIEHE LISTE RÜCKSEITE)

<input type="checkbox"/> Anämie	S, E	<input type="checkbox"/> Osteoporose	S, E, U	<input type="checkbox"/> Metabolisches Syndrom	S, E	<input type="checkbox"/> Darm	S, St		
<input type="checkbox"/> Check Up	GE, S	<input type="checkbox"/> Check Up+HBs-AG/HCV-AK	GE, S	<input type="checkbox"/> Prä-OP	S, E, C	<input type="checkbox"/> Rheuma*	S, E	<input type="checkbox"/> Leber   Galle   Pankreas	S
<input type="checkbox"/> Atherosklerose	S, E	<input type="checkbox"/> Schilddrüse	S	<input type="checkbox"/> Rheuma ohne HLA-B27	S	<input type="checkbox"/> Niere	S		

HERZ	SCHILDDRÜSE	NIERE	GERINNING	PCR   ANTIGENNACHWEIS					
<input type="checkbox"/> CK	S	<input type="checkbox"/> TSH	S	<input type="checkbox"/> Cystatin C	S	<input type="checkbox"/> Antithrombin III	C	<input type="checkbox"/> Augeninfektion	A
<input type="checkbox"/> CK-MB	S	<input type="checkbox"/> ft3	S	<input type="checkbox"/> Harnsäure	S	<input type="checkbox"/> APC-Resistenz	C	<input type="checkbox"/> Bordetella pert.   parapert.	A
<input type="checkbox"/> Homocystein	Hm	<input type="checkbox"/> ft4	S	<input type="checkbox"/> Harnstoff	S	<input type="checkbox"/> D-Dimere	C	<input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis	A, U
<input type="checkbox"/> Lipide	S	<input type="checkbox"/> TPO	S	<input type="checkbox"/> Kreatinin (GFR berechnet)	S	<input type="checkbox"/> Faktor VIII-Aktivität	C	<input type="checkbox"/> Chlamydia pneumoniae	A
<input type="checkbox"/> Cholesterin	S	<input type="checkbox"/> TRAK	S	<b>HÄMATOLOGIE</b>		<input type="checkbox"/> Fibrinogen	C	<input type="checkbox"/> Darmparasiten	St
<input type="checkbox"/> HDL-Cholesterin	S	<input type="checkbox"/> TAK	S	<input type="checkbox"/> BB klein	E	<input type="checkbox"/> Protein C-Aktivität	C	<input type="checkbox"/> Dermatophyten	Hs, Ns
<input type="checkbox"/> LDL-Cholesterin	S	<b>ELEKTROLYTE</b>		<input type="checkbox"/> BB groß	E	<input type="checkbox"/> Protein S-Aktivität	C	<input type="checkbox"/> HBV-Viruslast	E
<input type="checkbox"/> Triglyceride	S	<input type="checkbox"/> Calcium	S	<input type="checkbox"/> BB Diff. Ausstrich (man.)	E	<input type="checkbox"/> aPTT	C	<input type="checkbox"/> HCV-Viruslast	E
<input type="checkbox"/> Lipoprotein (a)	S	<input type="checkbox"/> Chlorid	S	<input type="checkbox"/> Ferritin	S	<input type="checkbox"/> Quick/INR	C	<input type="checkbox"/> HIV-Viruslast	E
<input type="checkbox"/> Myoglobin	S	<input type="checkbox"/> Eisen	S	<input type="checkbox"/> Folsäure	S	<b>URIN</b>		<input type="checkbox"/> HPV	A
<input type="checkbox"/> NT-proBNP	S	<input type="checkbox"/> Kalium	S	<input type="checkbox"/> HoloTC (bioaktives VB12)	S	<input type="checkbox"/> Drogenscreening	U	<input type="checkbox"/> HSV1/2	A
<input type="checkbox"/> Troponin I	S	<input type="checkbox"/> Magnesium	S	<input type="checkbox"/> Retikulozyten	E	<input type="checkbox"/> Gesamteiweiß	U	<input type="checkbox"/> Influenza A und B	A
<b>LEBER   PANKREAS</b>		<input type="checkbox"/> Natrium	S	<b>DIABETES</b>		<input type="checkbox"/> Glucose	U	<input type="checkbox"/> Mycoplasma pneum.	A
<input type="checkbox"/> Amylase	S	<input type="checkbox"/> Phosphat	S	<input type="checkbox"/> Glucose	GE	<input type="checkbox"/> Mikrobiol. Kultur	U	<input type="checkbox"/> Neisseria gonorrhoeae	A, U
<input type="checkbox"/> AP	S	<input type="checkbox"/> Zink	S	<input type="checkbox"/> C-Peptid	S	<input type="checkbox"/> Kreatinin	U	<input type="checkbox"/> resp. Viren + Mycopl. pn.	A
<input type="checkbox"/> Bilirubin direkt	S	<b>ENTZÜNDUNG</b>		<input type="checkbox"/> HbA1c	Eod, HAE	<input type="checkbox"/> Natrium	U	<input type="checkbox"/> Stuhlviren	St
<input type="checkbox"/> Bilirubin gesamt	S	<input type="checkbox"/> CRP	S	<input type="checkbox"/> Insulin	S	<input type="checkbox"/> Sediment	U	<input type="checkbox"/> TBC	Sp, BAL
<input type="checkbox"/> Cholinesterase	S	<input type="checkbox"/> Eiweißelektrophorese	S	<input type="checkbox"/> oGTT 75 g	GE	<input type="checkbox"/> Status	U	<input type="checkbox"/> sex. übertragb. Krankh.	A, U
<input type="checkbox"/> GOT (ASAT)	S	<input type="checkbox"/> IgA	S	<input type="checkbox"/> HOMA (Insulin, Glucose)	GE, S	<input type="checkbox"/> Urinproteine/DISC	U	<input type="checkbox"/> Varizella-Zoster-Virus	A
<input type="checkbox"/> GPT (ALAT)	S	<input type="checkbox"/> IgE	S	<b>BLUTGRUPPENSEROLOGIE</b>		<b>TUMORMARKER</b>			
<input type="checkbox"/> GGT	S	<input type="checkbox"/> IgG	S	<input type="checkbox"/> Antikörper-Suchtest	E	<input type="checkbox"/> AFP	S	<input type="checkbox"/> CA15-3	S
<input type="checkbox"/> Gesamteiweiß	S	<input type="checkbox"/> IgM	S	<input type="checkbox"/> Blutgruppe	E	<input type="checkbox"/> β-hCG	S	<input type="checkbox"/> CEA	S
<input type="checkbox"/> Lipase	S	<input type="checkbox"/> Procalcitonin	S			<input type="checkbox"/> CA 19-9	S	<input type="checkbox"/> PSA	S
<input type="checkbox"/> Albumin	S	<input type="checkbox"/> RF	S			<input type="checkbox"/> CA 125	S	<input type="checkbox"/> NSE	S



Ankreuzschein V17

INFEKTIONSSEROLOGIE (S)		HORMONE		AUTOIMMUNDIAGNOSTIK (S)		
<input type="checkbox"/> Bordetella pertussis-AK	<input type="checkbox"/> Helicobacter pylori-AK	<input type="checkbox"/> 1,25-OH-Vitamin D	S	<input type="checkbox"/> Erythropoetin	S	<input type="checkbox"/> CCP-AK
<input type="checkbox"/> Borrelien-AK	<input type="checkbox"/> HSV-AK	<input type="checkbox"/> 25-OH-Vitamin D	S	<input type="checkbox"/> Estradiol	S	<input type="checkbox"/> ds-DNS
<input type="checkbox"/> Candida-AK	<input type="checkbox"/> Influenza-AK	<input type="checkbox"/> 17-OH-Progesteron	S	<input type="checkbox"/> FSH	S	<input type="checkbox"/> GAD
<input type="checkbox"/> Chlamydia pneumoniae-AK	<input type="checkbox"/> Legionella AK	<input type="checkbox"/> 5-HIES	SU	<input type="checkbox"/> IGF-1	S	<input type="checkbox"/> ANA
<input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis-AK	<input type="checkbox"/> Legionella AG (im Urin)	<input type="checkbox"/> Aldosteron	E	<input type="checkbox"/> Insulin	S	<input type="checkbox"/> ANCA
<input type="checkbox"/> CMV-AK	<input type="checkbox"/> Lues-Suchreaktion	<input type="checkbox"/> Androstand. Glucuronid	S	<input type="checkbox"/> Katecholamine	E	<input type="checkbox"/> ASMA
<input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/> IgM	<input type="checkbox"/> Masern-AK	<input type="checkbox"/> Androstendion	S	<input type="checkbox"/> Knochen-AP (Ostase)	S	<input type="checkbox"/> ENA
<input type="checkbox"/> EBV-AK	<input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/> IgM	<input type="checkbox"/> ACE	S	<input type="checkbox"/> Proinsulin	S	<input type="checkbox"/> Endomysium-AK
<input type="checkbox"/> FSME-AK	<input type="checkbox"/> Mumps-AK	<input type="checkbox"/> ACTH	E	<input type="checkbox"/> Renin	E	<input type="checkbox"/> Gliadin-AK
<input type="checkbox"/> HAV-AK	<input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/> IgM	<input type="checkbox"/> AMH	S	<input type="checkbox"/> SHBG	S	<input type="checkbox"/> Inselzellantikörper
<input type="checkbox"/> HAV-IgM	<input type="checkbox"/> Mycoplasmen-AK	<input type="checkbox"/> β-hCG	S	<input type="checkbox"/> Testosteron/SHBG-Quotient	S	<input type="checkbox"/> Transglutaminase-AK
<input type="checkbox"/> HBs-AK	<input type="checkbox"/> Parainfluenza-AK	<input type="checkbox"/> β-Crosslaps	S	<input type="checkbox"/> Testosteron gesamt	S	<b>SONSTIGE</b>
<input type="checkbox"/> HBs-Antigen	<input type="checkbox"/> Parvovirus B 19-AK	<input type="checkbox"/> C-Peptid	S	<b>HUMANGENETIK (E)*</b>		<input type="checkbox"/> ASL
<input type="checkbox"/> HBc-AK	<input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/> IgM	<input type="checkbox"/> Cortisol	S	<input type="checkbox"/> Faktor-II-Mutation		<input type="checkbox"/> immunolog. Stuhltest
<input type="checkbox"/> HBc-Antigen	<input type="checkbox"/> Röteln-AK	<input type="checkbox"/> Cortisol (im Sammelurin)	SU	<input type="checkbox"/> Faktor-V-Mutation		<input type="checkbox"/> Vitamin B1
<input type="checkbox"/> HBc-AK	<input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/> IgM	<input type="checkbox"/> DHEAS	S	<input type="checkbox"/> Fruktoseintoleranz		<input type="checkbox"/> Vitamin B12
<input type="checkbox"/> HBc-IgM	<input type="checkbox"/> Toxoplasmose-AK	<input type="checkbox"/> DHT	S	<input type="checkbox"/> HFE		<input type="checkbox"/> Vitamin B2
<input type="checkbox"/> HCV-AK	<input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/> IgM	<input type="checkbox"/> LH	S	<input type="checkbox"/> HLA-B27		<input type="checkbox"/> Vitamin B6
<input type="checkbox"/> HEV-IgG	<input type="checkbox"/> Varizella-Zoster-AK	<input type="checkbox"/> Metanephrine	E	<input type="checkbox"/> Laktoseintoleranz		<input type="checkbox"/> Vitamin E
<input type="checkbox"/> HEV-IgM	<input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/> IgM	<input type="checkbox"/> Parathormon intakt	E	<input type="checkbox"/> Morbus Meulengracht		
<input type="checkbox"/> HIV-1/2-AK, HIV-p24-AG	<input type="checkbox"/> Yersinia-AK	<input type="checkbox"/> Progesteron	S			
		<input type="checkbox"/> Prolaktin	S			

### Einwilligung zur genetischen Diagnostik nach Gendiagnostik-Gesetz (GenDG)

Ich erkläre mich einverstanden, dass die von mir entnommenen Proben für oben genannte diagnostische Fragestellung auf genetische Veränderungen untersucht werden (GenDG § 8). Mit der Weiterleitung des Untersuchungsauftrages in ein spezialisiertes Labor bin ich einverstanden. Persönliche Angaben dürfen nur mit meiner Zustimmung an Familienangehörige und deren behandelnde Ärzte weitergegeben werden. Ich habe das Infoblatt „Aufklärung vor genetischen Analysen gemäß GenDG“ gelesen und wurde durch einen laut GenDG § 7 qualifizierten Arzt ausführlich nach GenDG § 10 genetisch beraten. Ich kenne die Widerrufsbedingungen und stimme der genetischen Analyse zu.

### Erklärung zur Aufbewahrung und Vernichtungen der Ergebnisse/Proben

Ich bin damit einverstanden, dass abweichend vom GenDG § 12 bzw. § 13, die Untersuchungsergebnisse und die von mir genommenen Proben nach diagnostischem Ermessen im Labor aufbewahrt/vernichtet werden.

### LEGENDE

Citrat-Blut	C	iFOBT-Röhrchen	iF	Nagelspäne	Ns
EDTA-Blut	E	Abstrich	A	Sputum	Sp
Heparin-Blut	H	bronchoalveoläre Lavage	BAL	Stuhl	St
GlucoEXAKT	GE	Hämolystat	HAE	Sammelurin	SU
Serum	S	Hautschuppen	Hs	Urin	U
Homocystein	Hm	*Genetikunterschrift zwingend erforderlich			

Datum, Unterschrift

## PROFILÜBERSICHT

Anämie	Bilirubin   CRP   Eisen   Ferritin   Folsäure   Haptoglobin   HoloTC   KB   Kreatinin   LDH Retikulozyten   Transferrin
Check Up	Cholesterin   Glucose   Triglyceride   HDL   LDL
Check Up + HBs-AG/HCV-AK (Hepatitis einmalig im Check Up bestimmbar)	Cholesterin   Glucose   Triglyceride   HDL   LDL   Hepatitis Bs Antigen   Hepatitis C Antikörper
Atherosklerose	Cholesterin   HDL   LDL   Triglyceride   Lipoprotein (a)   Homocystein   CRP (hochsensitiv)
Osteoporose	kl.BB   Calcium   CRP   Gesamteiweiß   Eiweiselektrophorese   Kreatinin   Natrium   Ostase   Osteocalcin Parathormon   Phosphat   Östradiol (♀)   Testosteron (♂)   Desoxypyridinolin im Urin   Cross Laps   TSH 25-OH-Vitamin D   <b>Wichtig sind die Angaben zu Körpergröße, Körpergewicht und der letzten Regel!</b>
Prä-OP	Fibrinogen   kl. BB   Natrium   Kreatinin   Quick   PTT
Schilddrüse	TSH   ft3   ft4   TPO   TRAK
Metabolisches Syndrom	Cholesterin   Harnsäure   HbA1c   HDL   LDL   Triglyceride
Rheuma	ANA   ASL   CCP-AK   CRP   HLA-B27   Rheumafaktor   <b>Unterschrift Gendiagnostik dringend erforderlich!</b>
Darm	Calprotectin   IgA   Transglutaminase-IgA-AK
Leber   Galle   Pankreas	Albumin   ALAT   ASAT   Alkalische Phosphatase   Bilirubin   CRP   GGT   Lipase
Niere	Albumin   Gesamteiweiß   Harnsäure   Harnstoff   Kalium   Kreatinin   Natrium   Phosphat

