

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Personenidentifikation

geb. am

Rechnung an (bitte immer angeben)

Privatpatient (Adresse bitte immer angeben)

Sammelrechnung (stationärer Kassenpatient)

Bitte bei ambulanten Kassenpatienten nur Überweisungsschein einsenden!

MVZ Labor Dr. Limbach
HEIDELBERG

MVZ Labor Dr. Limbach und Kollegen eGbr
Im Breitspiel 16 | 69126 Heidelberg
Tel.: +49 6221 3432-300 | info@labor-limbach.de
Fax: +49 6221 3432-110 | www.labor-limbach.de

Patienten-Daten

männlich weiblich divers

schwanger

Größe (cm)

Gewicht (kg)

SSW Zyklustag

Auftrags-Nr.

Einsender

Einsendernummer

Station

Proben-Daten

Material

Entnahmedatum

Entnahmezeit

24h-Sammelurin

Sammelmenge (ml) Sammelzeit

Schein-Bestell-Nr. (bitte bei Bestellung angeben)

0036 0199 13

Stand: 05.11.2024

Eilt

Arzt-Unterschrift

Klinische Angaben / ICD 10 Code

Anforderungsblatt 4 - Gynäkologie / Geburtshilfe

Schwangerschaft

- Frühgravidität-Screening (P) S
- Gestoselabor (P) EB, S
- Mutterschaftsvorsorge (P) gEB, S, U
- Präeklampsie marker (P) S
- AFP S
- AFP im Fruchtwasser FW
- Antikörpersuchtest gEB
- Direkter Coombstest gEB
- Fetalen Rhesusfaktor D EB (EW)
- beta-HCG S
- Blutgruppe gEB
- Chlamydia trachomatis DNA U

Erregerdirektnachweis

- HPV-Screening AHPV
- HPV-DNA-Genotyp(HIGH-RISK) AHPV
- HSV 1 DNA A
- HSV 2 DNA A
- Neisseria gonorrhoeae DNA A

Thrombophiliediagnostik

- Basisprofil (P) **CP, gEB, S; (EW)
- Nach Thrombose/Lungenembolie (P) **CP, gEB, S; (EW)
- Abortneigung (P) **CP, gEB, S; (EW)

Hormonanalyse

- ACTH **EP
- AMH S
- Androstadiol-Glucuronid S
- Androstendion S
- beta-HCG S
- Cortisol S
- 11-Desoxycortisol S
- DHEA S
- DHEAS S
- Dihydrotestosteron S
- Freier Androgen-Index (P) S
- FSH S
- HOMA-Score (P) GEx, **S
- Inhibin B S
- LH S
- Estradiol S
- Östron S
- Progesteron S
- 17-OH-Progesteron S
- Prolaktin S
- SHBG S
- Testosteron S

Schilddrüse

- FT3 (Freies Trijodthyronin) S
- FT4 (Freies Thyroxin) S
- TSH S
- TRAK (TSH-Rezeptor AAK) S
- TPO (SD-Peroxidase AAK) S
- TAK (Thyreoglobulin AAK) S

Onkologie

Cervix:

- CEA S
- SCC S

Endometrium:

- CA 50 S

Keimzelltumor:

- AFP S
- beta-HCG S
- PLAP S

Mamma:

- CA 15-3 S
- CEA S
- HER2/neu S

Ovar:

- CA 125 S
- CA 72-4 S
- HE4 S
- ROMA Index (P) S

Uterus:

- beta-HCG S
- CEA S
- TPS S

Anämie:

- Erythropoietin S
- Freies Hämoglobin LHP
- Ferritin S
- Folsäure S
- G-6-PDH EB
- Haptoglobin S
- Holo-Transcobalamin S
- Löslicher Transferrinrezeptor S
- Retikulozyten EB
- Transferrinsättigung EB
- Vitamin B12 S
- Zinkprotoporphyrin (ZnPP) EB

Knochen- und Calciumstoffwechsel

- beta-CrossLaps EP
- FGF-23 **EP
- N-Telopeptid (NTx) S
- Ostase (Knochen AP, BAP) S
- Osteocalcin **S
- Osteoporose-Abklärung (P) S, **EP, UM
- PINP S
- PTH (Parathormon) intakt EP
- PTH related Protein **EP
- Pyridinoline UM
- Telozeptid ICTP Kollagen Typ I S; (W)
- TRAP 5b **S

- Vitamin D, 25 (OH) D S
- Vitamin D, 1,25 (OH)2D S

Vitamine/ Spurenelemente

- Biotin (Vitamin H) S
- Selen S
- Zink S

Profile (P)

- Amenorrhoe S
- Androgenisierung S
- Anorexie S
- Galaktorrhoe S
- Kinderwunsch S
- Kinderwunsch, Lutealphase S
- Lutealphase Monitoring S
- Mastodynie/Mastopathie S
- Mastodynie/Mastop., Lutealphase S
- Menopausenscreening S
- Ovarielle Reserve S
- Polyzystisches Ovar-Syndrom S
- Prämenopause S
- Zyklusstörung S
- Zyklusstörung, Lutealphase S

- Weitere Untersuchungen

A = Abstrich, AHPV = HPV-Abstrich, CP = Citrat-Plasma, EB = EDTA-Blut, EP = EDTA-Plasma, FW = Fruchtwasser, gEB = großes EDTA-Blut, GEx = GlucoExact-Röhrchen, LHP = Lithium-Heparin-Plasma, S = Serum, U = Urin, UM = Morgenurin; ** = tiefgefroren; (EW) = Einwilligungserklärung b.w., (P) = Profile b.w., (W) = Weiterleitung

Dieser Beleg wird maschinell gelesen! Bitte mit schwarzem Stift so markieren:

Serum EDTA Citrat Heparin Urin EILT EILT EILT

Name: Name: Name: Name: Name:

Profilübersicht

Abortneigung	Antithrombin, Faktor V Leiden/ Prothrombin-20210A-Mutation, Faktor VIII, Fibrinogen, Lp(a), Lupus-Antikoagulans, Antiphospholipid AK (Cardiolipin AK, β 2-Glykoprotein), Protein C, Protein S
Amenorrhoe	DHEAS, E2, FSH, LH, Prolaktin, Testosteron, TSH
Androgenisierung	Gesamt-Testosteron, DHEAS, SHBG, Androstendion
Anorexie	E2, FSH, LH, Prolaktin, DHEAS, TSH, Gesamt-Testosteron, Ferritin
Freier Androgen-Index	Gesamt-Testosteron, SHBG, Testosteron/ SHBG - Quotient
Frühgravidität-Screening	Progesteron, beta-HCG
Galaktorrhoe	TSH, Prolaktin, E2, FSH, LH, Gesamt-Testosteron
Gestoselabor	Creatinin, GOT, GPT, Haptoglobin, Harnsäure, LDH, Bilirubin, kl. Blutbild
HOMA-Score	Glucose, Insulin, HOMA-Score
Kinderwunsch	E2, FSH, LH, Prolaktin, Gesamt-Testosteron, DHEAS, TSH, Androstendion, Cortisol
Kinderwunsch, Lutealphase	E2, Progesteron, Prolaktin
Lutealphase Monitoring	Progesteron, E2
Mastodynie/Mastopathie	E2, LH, FSH, Prolaktin, TSH
Mastod./Mastop., Lutealphase	E2, Progesteron, Prolaktin, TSH
Menopausenscreening	E2, FSH, LH
Mutterschaftsvorsorge	Blutgruppe, Antikörpersuchtest, Lues-AK, Chlamydia trachomatis DNA
Nach Thrombose/Lungenembolie	Faktor V Leiden/ Prothrombin-20210A-Mutation, Antithrombin, Protein C, Protein S, Antiphospholipid AK, Faktor VIII, Fibrinogen, D-Dimer
Ovarielle Reserve	AMH, FSH, LH, E2, Inhibin B
Osteoporose-Abklärung	Calcium, E2, Eiweiß, FSH, LH, Ostase, Phosphat, PTH intakt, Pyridinoline im Urin, TSH, Vitamin 25(OH)D,
PCO	E2, FSH, LH, Prolaktin, Gesamt-Testosteron, SHBG, DHEAS, Androstendion, 17-OH-Progesteron, Cortisol
Präeklampsiemarker	sFlt-1, PIGF
Prämenopause	E2, FSH, Prolaktin, Progesteron
ROMA Index (prae-/postmenop.)	CA 125, HE4, ROMA-Index
TORCH	CMV AK, HSV 1/2 AK, Parvovirus B19 AK, Röteln AK, Toxoplasma gondii AK
Thrombophilie Basisprofil	Faktor V Leiden/ Prothrombin-20210A-Mutation, Antithrombin, Protein C, Protein S, Antiphospholipid AK, Faktor VIII, Fibrinogen
Zyklusstörung	E2, FSH, LH, Prolaktin, Gesamt-Testosteron, SHBG, DHEAS, Androstendion, TSH
Zyklusstörung, Lutealphase	E2, FSH, LH, Prolaktin, Gesamt-Testosteron, SHBG, DHEAS, Androstendion, TSH, Progesteron

Einwilligungserklärung zur genetischen Untersuchung (§8 Gendiagnostikgesetz)

Abzuklärende Fragestellung (bitte unbedingt angeben):

Ort Datum

Arzt Name (bitte in Druckbuchstaben) Unterschrift Arzt

Stempel

Ich wurde von meinem behandelnden Arzt über Bedeutung und Tragweite der in Frage stehenden Diagnostik insbesondere über Zweck, Art, Umfang, Aussagekraft und Konsequenzen der Untersuchung aufgeklärt.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ich stimme der erforderlichen Entnahme von Untersuchungsmaterial zu.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Mir wurde ausreichend Bedenkzeit vor Einwilligung in die oben genannte Untersuchung eingeräumt und ich habe das Recht, meine Einwilligung jederzeit schriftlich zu widerrufen.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ich bin damit einverstanden, dass evtl. verbleibendes Probenmaterial für eine spätere Nachprüfbarkeit der Ergebnisse, Nachforderungen durch meinen Arzt und wissenschaftliche Zwecke (z.B. Methodenentwicklungen) bis auf Widerruf aufbewahrt werden kann.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Der Untersuchungsauftrag kann an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor weitergeleitet werden.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ich bin damit einverstanden, dass die erhobenen Ergebnisse in Papier- und elektronischer Form sowohl durch das Personal des Auftrag erhaltenen Labors als auch ggf. des kooperierenden, analysierenden Labors und mitbehandelnde Ärzte gemäß den gesetzlichen Vorgaben und der Einwilligungserklärung verarbeitet oder genutzt werden.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Die Untersuchungsergebnisse können über die vorgegebene Frist von 10 Jahren hinaus aufbewahrt werden.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Ort Datum Unterschrift Patient / Sorgeberechtigter v02 Stand: 23.10.2014