

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-Etikette einleben!

Knappschafts-kennziffer Quartal

Kontrolluntersuchung bekannte Infektion Geschlecht

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

Abnahmedatum Abnahmezeit

T T M M J J h h m m

Befund eilt, Übermittlung an Telefon Fax Nr.

SSW

MUSTER – MUSTER – MUSTER – MUSTER – MUSTER

Befund/Medikation

Auftrag

Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt

Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülerunfällen

Muster 10 (10.2020)



Gerinnung

Datum der Abnahme Uhrzeit SSW Zyklustag

Ausnahmeziffern Gerinnung 32011 Sonstiges _____

Für eine Komplettabklärung (hämorrhagische oder thrombophile Diathese) benötigen wir: 4 x 4,5 ml Citratblut, 2 x 3 ml EDTA-Blut und 1 x 7,5 ml Nativblut. Die Proben sollten für die meisten Gerinnungsuntersuchungen bis 4 Std. nach Entnahme im Labor sein.

Anamnese/Klinik		Anforderungsprofile		
Thromboseerkrankung <input type="checkbox"/> Erstereignis <input type="checkbox"/> Rezidivereignis <input type="checkbox"/> familiäre Thrombophilie Auslöser <input type="checkbox"/> Perioperativ <input type="checkbox"/> Immobilisation <input type="checkbox"/> Fieber / Infekt <input type="checkbox"/> Ovulationshemmer <input type="checkbox"/> Hormonersatztherapie/HRT <input type="checkbox"/> Schwangerschaft <input type="checkbox"/> Schwangerschaftswoche _____ <input type="checkbox"/> Adipositas <input type="checkbox"/> Nikotin <input type="checkbox"/> entzündl. Darmerkrankung <input type="checkbox"/> Inflammation / Rheuma	Thromboseerkrankung venös <input type="checkbox"/> Beinvenenthrombose <input type="checkbox"/> Lungenembolie <input type="checkbox"/> Armvenenthrombose <input type="checkbox"/> Thrombophlebitis <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ Thromboseerkrankung arteriell <input type="checkbox"/> Hirninfarkt <input type="checkbox"/> peripherer art. Verschluss <input type="checkbox"/> Myokardinfarkt <input type="checkbox"/> Sonstiges _____	Blutungsneigung <input type="checkbox"/> chronische Blutung <input type="checkbox"/> akute Blutung <input type="checkbox"/> familiäre Blutungsneigung <input type="checkbox"/> perioperative Blutung <input type="checkbox"/> Blutung nach Zahnextraktion <input type="checkbox"/> Blutung in Schwangerschaft <input type="checkbox"/> Blutung peripartal <input type="checkbox"/> Schock <input type="checkbox"/> Sepsis <input type="checkbox"/> Leberinsuffizienz <input type="checkbox"/> Art der OP _____	Symptome <input type="checkbox"/> Hämatomneigung <input type="checkbox"/> Nasenbluten <input type="checkbox"/> Petechien <input type="checkbox"/> Zahnfleischbluten <input type="checkbox"/> Hypermenorrhoe <input type="checkbox"/> Gelenkblutung <input type="checkbox"/> Urogenitalblutung <input type="checkbox"/> Muskelblutung <input type="checkbox"/> Gastrointest. Blutung <input type="checkbox"/> ZNS-Blutung	Schwangerschaft <input type="checkbox"/> Frühaborte / Anzahl _____ <input type="checkbox"/> Spätaborte / Anzahl _____ <input type="checkbox"/> Gestosen / Anzahl _____ <input type="checkbox"/> Wachstumsretardierung/IUGR <input type="checkbox"/> Weitere Fragestellungen <input type="checkbox"/> Auffällige Laborwerte
Anforderungsprofile <input type="checkbox"/> Basisgerinnung 1C Quick, PTT, TZ, Fibrinogen, AT3, D-Dimere <input type="checkbox"/> Blutneigungs-Profil klein (ohne Aggregation) 3C 1E Basisgerinnung, von-Willebrand-Faktor, FVIII, FXIII, PFA, Blutbild <input type="checkbox"/> Blutungsneigung inkl. Faktoren und Plättchenfunktion 7C Basisgerinnung, F II, V, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII (Ag), vWF: Ag/Akt., LAC-Screen, PFA ADP/EPI, Thrombozytenaggregation, Thrombozytenzahl <input type="checkbox"/> Hypermenorrhoe, peri-/postoperative Blutung 7C Basisgerinnung, F II, V, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII (Ag), vWF: Ag/Akt., LAC-Screen, PFA ADP/EPI, Thrombozytenaggregation, Thrombozytenzahl		<input type="checkbox"/> Thromboseerkrankung 4C 1E 2S Patienteneinverständnis nach Gen-Diagnostik-Gesetz vorliegend Basis + F VIII, APCR, Protein-C-Akt., Protein-S-Akt. + -Ag., <input type="checkbox"/> Arterielle Gefäßverschlüsse 4C 1E 2S Profil Thromboseerkrankung, HPA1/GP1A807/JAK2/MPL <input type="checkbox"/> Kontrolle nach Absetzen Marcumar 4C Basisgerinnung, Faktor II, VII, VIII, IX, X, Protein C/SZ, LAC-Screen <input type="checkbox"/> Thrombozytose 7C 1E 2S Basisgerinnung, Profil Thromboseerkrankung, Aggregometrie und MPL/JAK2		

KAISER DATA GmbH www.kaiserdata.at 04



Anforderungsprofile	
Schwangerschaftskomplikationen	
<input type="checkbox"/> Abortneigung Profil Thromboseneigung, Protein Z, Annexin-AK, Prothrombin-AK, PAI-1-Poly., ACE-Poly., MAK/TRAK, ANA	4C 1E 2S
<input type="checkbox"/> Präeklampsie/HELLP-Syndrom Profil Thromboseneigung, Protein Z, Annexin-AK, Prothrombin-AK, PAI-1-Poly., ACE-Poly., MAK/TRAK, ANA	4C 1E 2S
<input type="checkbox"/> Kontrolle Schwangerschaft Thrombophilie Basisgerinnung, kl.BB., klin.Chemie, Anti-10a, Faktor VIII, Protein S, Ag, frei, Vit.D	4C 1E 1S
<input type="checkbox"/> Blutungsneigung Basisgerinnung, F II, V, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII (Ag), vWF: Ag/Akt., LAC-Screen, PFA ADP/EPI, Thrombozytenaggregation, Thrombozytenzahl	7C 1E
Thrombozytopenie	
<input type="checkbox"/> unklare Thrombozytopenie/Autoimmunthrombozytopenie Blutungsneigung kleines Profil, gr.BB, Thrombozyten (EDTA, Citrat, Heparin), Thrombozyten-AK (MAIPA), Anti-Phospholipid-AK, ANA, Vit.B.12, Folsäure	4C 1E 4S 2E10ml
<input type="checkbox"/> Heparin-induzierte Thrombozytopenie HIPA, Heparin/PF4, Thrombozyten (EDTA, Citrat)	1C 1E 2S
Sonstiges	
<input type="checkbox"/> ASS-Resistenz Thrombozytenaggregation, Multiplate ASPI	4C 1HI
<input type="checkbox"/> Clopidogrel-Resistenz Thrombozytenaggregation, Multiplate ADP	4C 1HI
<input type="checkbox"/> Raynaud-Syndrom Profil Arterielle Gefäßverschlüsse, ANCAS	4C 1E 2S
<input type="checkbox"/> Immunschwäche IgA, IgG, IgM, Lymphozytentypisierung, LTT Mitogen-/Granulozytenfunktionstest	2E 2S 2LIH

Einzelanforderungen	
Plasmatisches Gerinnungssystem	
<input type="checkbox"/> Quick (Thromboplastinzeit)	C
<input type="checkbox"/> PTT	C
<input type="checkbox"/> Thrombinzeit	C
<input type="checkbox"/> Reptilasezeit	C
<input type="checkbox"/> Fibrinogen nach Claus	C
<input type="checkbox"/> Fibrinogen, immunologisch	C
<input type="checkbox"/> Faktor II	C
<input type="checkbox"/> Faktor V	C
<input type="checkbox"/> Faktor VII	C
<input type="checkbox"/> Faktor VIII	C
<input type="checkbox"/> Faktor VIII chromogen	C
<input type="checkbox"/> Faktor IX	C
<input type="checkbox"/> Faktor X	C
<input type="checkbox"/> Faktor XI	C
<input type="checkbox"/> Faktor XII	C
<input type="checkbox"/> Faktor XIII (Ag)	C
<input type="checkbox"/> Präkallikrein	C
<input type="checkbox"/> High-Molecular-Weight-Kininogen	C
von Willebrand Syndrom	
<input type="checkbox"/> vWF: Aktivität	C
<input type="checkbox"/> vWF: Antigen	C
<input type="checkbox"/> vWF: CBA	C
<input type="checkbox"/> vWF: Multimerenbestimmung	C
<input type="checkbox"/> vWF-Faktor-VIII-Bindungskapazität	C
<input type="checkbox"/> vWF-Propeptid	C
Aktivitätsmarker	
<input type="checkbox"/> D-Dimere	C
<input type="checkbox"/> Prothrombinfragment F1/F2	C
<input type="checkbox"/> Thrombin/AT Komplex (TAT)	C
Fibrinolyse	
<input type="checkbox"/> Plasminogen	C
<input type="checkbox"/> Plasmin Inhibitor	C
<input type="checkbox"/> PAI 1	C
Hemmkörperdiagnostik (Antikörper)	
<input type="checkbox"/> Hemmkörper gegen Faktor VIII	C
<input type="checkbox"/> Hemmkörper gegen Faktor _____	C
Thrombophilie	
<input type="checkbox"/> Faktor-V-Mutation Typ Leiden	E
<input type="checkbox"/> Prothrombin-Mutation	E
<input type="checkbox"/> Fibrinogen gamma C10034T	E
<input type="checkbox"/> Antithrombin	C
<input type="checkbox"/> Protein-S-Aktivität	C
<input type="checkbox"/> Protein-S-Antigen	C
<input type="checkbox"/> Protein-C-Aktivität (chromogen)	C
<input type="checkbox"/> Protein Z	C
<input type="checkbox"/> Homocystein	C
<input type="checkbox"/> Lipoprotein(a)	S
Antiphospholipid Syndrom	
<input type="checkbox"/> Lupusantikoagulans	C
<input type="checkbox"/> Anti-Cardiolipin-Antikörper IgG	S
<input type="checkbox"/> Anti-Cardiolipin-Antikörper IgM	S
<input type="checkbox"/> β2-Glykoprotein-1-Antikörper IgG	S
<input type="checkbox"/> β2-Glykoprotein-1-Antikörper IgM	S
<input type="checkbox"/> Prothrombin-Antikörper Screen	S
<input type="checkbox"/> Annexin-Antikörper Screen	S
<input type="checkbox"/> ANA IFT	S
<input type="checkbox"/> ENA-Differenzierung	S
<input type="checkbox"/> Anti-dsDNS(NcX)-ELISA IgG	S
<input type="checkbox"/> Anti-CCP-AK	S
<input type="checkbox"/> Rheumafaktor	S
Genotypisierungen	
<input type="checkbox"/> Faktor-V-Mutation Typ Leiden	E
<input type="checkbox"/> Prothrombin-Mutation	E
<input type="checkbox"/> Fibrinogen gamma C10034T	E
<input type="checkbox"/> HPA-1-Genotyp (GP-Rez.)	E
<input type="checkbox"/> Kollagenrez.-Polym./C807T	E
<input type="checkbox"/> Fibrinogen Gen-Mutation	E
<input type="checkbox"/> Faktor-V-Gen-Mutation	E
<input type="checkbox"/> Faktor-VII-Gen-Mutation	E
<input type="checkbox"/> Faktor-VIII-Gen-Mutation	E
<input type="checkbox"/> vWF-Genotypisierung	E
<input type="checkbox"/> Faktor-IX-Gen-Mutation	E
<input type="checkbox"/> Faktor-XIII-Gen-Mutation	E
<input type="checkbox"/> Antithrombin-Genotypisierung	E
<input type="checkbox"/> Protein-C-Gen-Mutation	E
<input type="checkbox"/> Protein-S-Gen-Mutation	E
<input type="checkbox"/> andere: _____	E
Thrombozytenfunktion	
<input type="checkbox"/> Kleines Blutbild/Thrombozytenzahl	E
<input type="checkbox"/> Großes Blutbild/Thrombozytenzahl	E
<input type="checkbox"/> mikroskopisches Differential	E
<input type="checkbox"/> Thrombozytenaggregation n. Born	4C
<input type="checkbox"/> PFA ADP	C
<input type="checkbox"/> PFA EPI	C
Autoimmunthrombozytopenie	
<input type="checkbox"/> Plättchenspez. AK (MAIPA)	2S 2E10ml
Pseudothrombozytopenie	
<input type="checkbox"/> Thrombozytenzahl im Citrat	C
<input type="checkbox"/> Thrombozytenzahl in Heparin	LIH
<input type="checkbox"/> Thrombozytenzahl in Hirudin	HI
Essentielle Thrombozythämie	
<input type="checkbox"/> JAK2-Mutation V617F	E
<input type="checkbox"/> MPL	E
<input type="checkbox"/> PRV 1 (Polyzythämia vera)	E
Durchflusszytometrie	
<input type="checkbox"/> Thrombozytenrezeptoren FCCD	C
Blutgruppe	
<input type="checkbox"/> Blutgruppe + Rhesus D	E
<input type="checkbox"/> Antikörper-Suchtest	E
Heparin-induzierte Thrombozytopenie	
<input type="checkbox"/> Heparin/PF4	S
<input type="checkbox"/> HIPA-Test	S
Antikoagulanzen	
<input type="checkbox"/> Heparin/Anti-Faktor-Xa (chromogen)	C
<input type="checkbox"/> Anti-Faktor-Xa-Akt., Organan	C
<input type="checkbox"/> Anti-Faktor-Xa-Akt., Fondaparinux	C
<input type="checkbox"/> Rivaroxaban-Spiegel	C
<input type="checkbox"/> Dabigatran-Spiegel	C
Raynaud-Syndrom	
<input type="checkbox"/> Kälteagglutinine	S
<input type="checkbox"/> Kryoglobuline (37°C)	S
Hereditäres Angioödem / HAE	
<input type="checkbox"/> C1-Esterase-Inhibitor-Aktivität	S
<input type="checkbox"/> C1-Esterase-Inhibitor-Antigen	S
Klinische Chemie	
<input type="checkbox"/> BSG 1h	BSG
<input type="checkbox"/> CRP	S
<input type="checkbox"/> GOT	S
<input type="checkbox"/> GPT	S
<input type="checkbox"/> GGT	S
<input type="checkbox"/> Alkalische Phosphatase	S
<input type="checkbox"/> Bilirubin gesamt	S
<input type="checkbox"/> LDH	S
<input type="checkbox"/> CK	S
<input type="checkbox"/> Amylase	S
<input type="checkbox"/> Lipase	S
<input type="checkbox"/> Harnsäure	S
<input type="checkbox"/> Harnstoff	S
<input type="checkbox"/> Kreatinin	S
<input type="checkbox"/> Natrium	S
<input type="checkbox"/> Kalium	S
<input type="checkbox"/> Calcium	S
<input type="checkbox"/> Eiweiß gesamt	S
<input type="checkbox"/> Cholesterin	S
<input type="checkbox"/> HDL-Cholesterin	S
<input type="checkbox"/> LDL-Cholesterin	S
<input type="checkbox"/> Triglyceride	S
<input type="checkbox"/> Eisen	S
<input type="checkbox"/> Ferritin	S
<input type="checkbox"/> Transferrin	S
<input type="checkbox"/> Homocystein	C
<input type="checkbox"/> HbA1c	E
<input type="checkbox"/> Glucose im Serum	S
<input type="checkbox"/> TSH	S
<input type="checkbox"/> ft3, ft4, TSH	S
<input type="checkbox"/> Haptoglobin	S
<input type="checkbox"/> Immunglobulin IgM/G-A	S
<input type="checkbox"/> Immunglobulin IgE	S
<input type="checkbox"/> Folsäure	S
<input type="checkbox"/> Vit.B 12	S
<input type="checkbox"/> Vit.D 3	S

Material Serum **S** EDTA **E** Citrat **C** Natriumfluorid **NaF** Hirudin **Hi** Lithiumheparin **LIH**

Der Patient wurde von mir gemäß Gendiagnostikgesetz aufgeklärt und stimmt dieser Untersuchung und der Übermittlung der gewonnenen Daten an die behandelnden Ärzte zu.

Ort _____ Datum _____ Unterschrift Arzt _____

Einwilligungserklärung

zur genetischen Untersuchung (§8 Gendiagnostikgesetz)

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 zur 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 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
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 _____

