

# 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!

Knappschaftskennziffer 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

Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch

Befund eilt, Übermittlung an  Telefon  Fax Nr. SSW

(Anpassung) Verlaufsdiagnose

# MUSTER – MUSTER – MUSTER – MUSTER – MUSTER

## Befund/Medikation

Auftrag

Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt

Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülerunfällen

Muster 10 (10.2020)

## Gynäkologie / gynäkologische Endokrinologie



Zykluslast      Letzte Periode              SSW   +      Größe    cm    Gewicht    kg

Ausnahmeziffern     Grav. 32007     Gerinnung 32011     Tum-Nachso 32012     PräOP 32016     Sonstiges \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Klinische Angaben	<input type="checkbox"/> Kinderwunsch	<input type="checkbox"/> Blutungsneigung	<input type="checkbox"/> Hyperandrogenämie	<input type="checkbox"/> Akne	<input type="checkbox"/> Prämenstr. Syndrom	<input type="checkbox"/> Menopause
<input type="checkbox"/> Schwangerschaft	<input type="checkbox"/> Thromphilie/ Gestose/ Abort	<input type="checkbox"/> Ameno-/Oligomenorrhoe	<input type="checkbox"/> Hirsutismus	<input type="checkbox"/> Adipositas	<input type="checkbox"/> Galaktorrhoe	<input type="checkbox"/> HRT/HET
<input type="checkbox"/> Gestose	<input type="checkbox"/> Thromboseneigung	<input type="checkbox"/> PCO - Syndrom	<input type="checkbox"/> Alopezie	<input type="checkbox"/> Mastodynie	<input type="checkbox"/> Klimakt. Symptomatik	<input type="checkbox"/> Sonstiges:

<b>Mutterschaftsvorsorge</b>	<b>Schwangerschaft</b>	<b>Infektionsserologie</b>	<b>Endokrinologie</b>	<b>Klinische Chemie</b>
<input type="checkbox"/> Erstuntersuchung mit Röteln (BG, Rh-Faktor, Röteln, AK-Suchtest, Lues-AK-Screen)	<input type="checkbox"/> Gestose/HELLP-Syndrom/ Präeklampsie kl. Blutbild, Quick, PTT, AT3, LDH, Bilirubin, Kreatinin, Harnsäure, Gesamteiweiß, GOT, GPT, Haptoglobin	<input type="checkbox"/> Hepatitis-B-Serologie	<input type="checkbox"/> β-HCG	<input type="checkbox"/> Harnstoff
<input type="checkbox"/> Erstuntersuchung ohne Röteln (BG, Rh-Faktor, AK-Suchtest, Lues-AK-Screen)	<input type="checkbox"/> Gestose/HELLP-Syndrom/ Präeklampsie - Prädiktion sFit1, PIGF	<input type="checkbox"/> Hepatitis-Bs-AK (Impftiter)	<input type="checkbox"/> LH	<input type="checkbox"/> Kreatinin
<input type="checkbox"/> Zweituntersuchung (AK-Suchtest, Lues-AK-Screen)	<b>Pränataldiagnostik</b>	<input type="checkbox"/> Hepatitis-C-Serologie	<input type="checkbox"/> FSH	<input type="checkbox"/> Natrium
<input type="checkbox"/> Blutgruppe	<input type="checkbox"/> AFP	<input type="checkbox"/> Herpes simpl. AK	<input type="checkbox"/> Östradiol	<input type="checkbox"/> Kalium
<input type="checkbox"/> AK-Suchtest	<input type="checkbox"/> freies β-HCG	<input type="checkbox"/> HIV (I+II)-AK	<input type="checkbox"/> Progesteron	<input type="checkbox"/> Calcium
<input type="checkbox"/> Lues AK-Screening	<input type="checkbox"/> PAPP-A	<input type="checkbox"/> Lues AK-Screening	<input type="checkbox"/> AMH	<input type="checkbox"/> Eiweiß gesamt
<input type="checkbox"/> β-HCG	<input type="checkbox"/> Inhibin A	<input type="checkbox"/> Röteln AK IgG	<input type="checkbox"/> Testosteron	<input type="checkbox"/> Cholesterin
<input type="checkbox"/> Röteln IgG	<input type="checkbox"/> E3 (unkonj. Östriol)	<input type="checkbox"/> Toxoplasma IgG	<input type="checkbox"/> Freies Testosteron	<input type="checkbox"/> Triglyceride
<input type="checkbox"/> Röteln IgM	<input type="checkbox"/> MOM-Berechnung	<input type="checkbox"/> Cytomegalie IgG	<input type="checkbox"/> SHBG	<input type="checkbox"/> HDL-Cholesterin
<input type="checkbox"/> HBs-Antigen (32. SSW)	<b>Pränataltest / Screening</b>	<input type="checkbox"/> Varizellen IgG	<input type="checkbox"/> DHEA-Sulfat	<input type="checkbox"/> LDL-Cholesterin
<input type="checkbox"/> HIV (I+II)-AK	<input type="checkbox"/> Panorama Test	<input type="checkbox"/> Parvovirus B19 IgG	<input type="checkbox"/> Androstendion	<input type="checkbox"/> Eisen
<input type="checkbox"/> Toxoplasmose IgG	<input type="checkbox"/> Separater Anforderungsschein	<input type="checkbox"/> Mumps IgG	<input type="checkbox"/> Prolactin	<input type="checkbox"/> Ferritin
<input type="checkbox"/> Toxoplasmose IgM	<input type="checkbox"/> Separates Abnahmeset	<input type="checkbox"/> Pertussis IgG	<input type="checkbox"/> TSH	<input type="checkbox"/> Transferrin
<input type="checkbox"/> AFP (SSW/Tag s.o.)	<b>Hämatologie</b>	<input type="checkbox"/> Direkter Erregernachweis s. Rückseite	<input type="checkbox"/> FT3	<input type="checkbox"/> Folsäure
<input type="checkbox"/> Urinstatus	<input type="checkbox"/> Kleines Blutbild	<b>Tumormarker</b>	<input type="checkbox"/> FT4	<input type="checkbox"/> Vit.B 12
<input type="checkbox"/> Urinsediment	<input type="checkbox"/> Großes Blutbild	<input type="checkbox"/> AFP	<input type="checkbox"/> TRAK	<input type="checkbox"/> Vit.D 3
<input type="checkbox"/> Chlam. trachomatis DNA	<input type="checkbox"/> BSG	<input type="checkbox"/> β-HCG (tumormarker)	<input type="checkbox"/> TPO/MAK	<input type="checkbox"/> Cholinesterase
<input type="checkbox"/> Fetales Rhesus D	<input type="checkbox"/> HbA1c	<input type="checkbox"/> CA 125	<input type="checkbox"/> Cortisol	<input type="checkbox"/> Haptoglobulin
<b>Gestationsdiabetes</b>	<b>Chlamydien</b>	<input type="checkbox"/> CA 15-3	<b>Klinische Chemie</b>	<input type="checkbox"/> Glukose
<input type="checkbox"/> Glukose nüchtern/spontan	<input type="checkbox"/> Chlamydien <25 Jahre	<input type="checkbox"/> CA 19-9	<input type="checkbox"/> Alkal. Phosphatase	<input type="checkbox"/> Amylase
<input type="checkbox"/> Glukose oGTT 50g 1 Std	<input type="checkbox"/> Chlamydien SS-Abbruch	<input type="checkbox"/> CEA	<input type="checkbox"/> GOT	<input type="checkbox"/> Lipase
<input type="checkbox"/> Glukose oGTT 75g 1 Std	<input type="checkbox"/> Chlamydien MuVo	<input type="checkbox"/> Cyfra	<input type="checkbox"/> GPT	<input type="checkbox"/> CRP
<input type="checkbox"/> Glukose oGTT 75g 2 Std	<input type="checkbox"/> Chlamydien Cervix	<input type="checkbox"/> iFOBT Screening	<input type="checkbox"/> GGt	
<input type="checkbox"/> Insulin		<b>Immunologischer Stuhltest</b>	<input type="checkbox"/> Bilirubin	
<input type="checkbox"/> Homa Index		<input type="checkbox"/> iFOBT kurativ	<input type="checkbox"/> LDH	
			<input type="checkbox"/> CK	
			<input type="checkbox"/> CK-MB	
			<input type="checkbox"/> Harnsäure	

<b>Material</b>	Serum <b>S</b>	EDTA <b>E</b>	Citrat <b>C</b>	Natriumfluorid <b>NaF</b>	BSG <b>BSG</b>	Hirudin <b>Hi</b>	Homocystein <b>HCY</b>	Gelabstrich <b>GAB</b>
	Urin <b>U</b>	Abstrich <b>AB</b>	Spezialurin <b>SPU</b>	Lithiumheparin <b>LiH</b>	Stuhl <b>Stuhl</b>	Nativblut <b>N</b>	Abstrich mit Transportmedium <b>TAB</b>	

KAISER DATA GmbH www.kaiserdata.at 02





<b>Hormonprofile</b> <input type="checkbox"/> <b>Basisprofil Hormonstatus</b> 2S LH, FSH, E2 (17-b-Östradiol), Prolaktin, Androstendion, TSH basal DHEAS, Testosteron, SHBG (Blutentnahme 3.-5.- Zyklustag) <input type="checkbox"/> <b>Abklärung Klimakterium/Postmenopause</b> 2S LH, FSH, E2 (17-b-Östradiol) <input type="checkbox"/> <b>Substitutionstherapie i.d. Menopause (HRT / HET)</b> 2S FSH, E2 (17-b-Östradiol), Östron (E1) <input type="checkbox"/> <b>Prämenstruelles Syndrom (2. ZH.)</b> 2S E2 (175 Östradiol), Prolaktin, Progesteron, TSH	<b>Hormonprofile</b> <input type="checkbox"/> <b>PCO (polyzystische Ovarien)</b> 2S LH, FSH, E2 (17-b-Östradiol), Prolaktin, Testosteron, DHEAS, Androstendion, TSH, SHBG (Blutentnahme 3.-5.- Zyklustag) <input type="checkbox"/> <b>Androgenisierung</b> 2S Testosteron, DHEAS, Androstendion, SHBG, TSH basal, E2 (17-b-Östradiol) <input type="checkbox"/> <b>Alopezie</b> 2S E Testosteron, DHEAS, Androstendion, TSH basal, Ferritin, Zink, Vit.B12, Kl.BB	<b>Hormonprofile</b> <input type="checkbox"/> <b>Galaktorrhoe</b> 2S Prolaktin, TSH basal <input type="checkbox"/> <b>Schilddrüsenfunktion</b> 2S TSH basal, FT3, FT4, Anti-TPO (MAK), TRAK <input type="checkbox"/> <b>Enzymdefekte der NNR</b> 2S Testosteron, DHEAS, Androstendion, Cortisol, 17-OH-Progesteron (ggf. ACTH-Test empfohlen)
<b>Kinderwunsch / Zyklusmonitoring</b> <input type="checkbox"/> <b>3.-5. Zyklustag</b> S LH, FSH, E2 (17-b-Östradiol), Prolaktin, Testosteron DHEAS, SHBG, Androstendion, TSH basal, AMH <input type="checkbox"/> <b>Späte Follikelpphase (prä.ovulat. ca. 12. Zyklusstag)</b> S LH, E2 (17-b-Östradiol), Progesteron <input type="checkbox"/> <b>Lutealphase (ca. 7. post.ovulat. Tag)</b> S Progesteron, E2 (17-b-Östradiol)	<b>STD / Erregernachweis</b> <b>Profile</b> <input type="checkbox"/> <b>STD 1</b> AB TAB Chlamydien, N. gonorrhoe <input type="checkbox"/> <b>STD 2</b> AB TAB STD 1, Mykoplasmen, Ureaplasmen <input type="checkbox"/> <b>STD 3</b> AB TAB HSV 1, HSV 2 <input type="checkbox"/> <b>STD 4</b> AB TAB STD 2, STD 3, Treponemen, Trichomonas vaginalis, Haemoph. Ducreyi	<b>STD / Erregernachweis (PCR)</b> <b>Einzelanforderungen</b> <input type="checkbox"/> Chlamydien U <input type="checkbox"/> Mykoplasmen AB TAB <input type="checkbox"/> Ureaplasmen AB TAB <input type="checkbox"/> Gonorrhoe AB TAB <input type="checkbox"/> HPV TAB <input type="checkbox"/> MRSA AB <input type="checkbox"/> CMV AB TAB <input type="checkbox"/> HSV AB TAB
<b>Gerinnungsdiagnostik</b> <b>Einzelanforderungen</b> <input type="checkbox"/> Quick C <input type="checkbox"/> PTT C <input type="checkbox"/> TZ C <input type="checkbox"/> Fibrinogen C <input type="checkbox"/> D-Dimere C <input type="checkbox"/> von-Willebrand-Faktor (Akt./Ag) C <input type="checkbox"/> FVIII C <input type="checkbox"/> FIX C <input type="checkbox"/> FXIII C <input type="checkbox"/> AT3, Protein C / S C <input type="checkbox"/> Aggregometrie (Plättchenfunktion) 3C <input type="checkbox"/> PFA-in-vitro-Blutungszeit C <input type="checkbox"/> Anti-Xa (Heparin-Wirkung) (1xCitrat) C <input type="checkbox"/> Faktor V-Leiden E (Patienteneinverständnis nach Gen-Diagnostik-Gesetz) <input type="checkbox"/> Prothrombin G20210-Mutation E (Patienteneinverständnis nach Gen-Diagnostik-Gesetz)	<b>Gerinnungsprofile</b> <input type="checkbox"/> <b>Basisgerinnung</b> 2C Quick, PTT, TZ, Fibrinogen, AT3, D-Dimere <input type="checkbox"/> <b>Thrombophilie (Thrombose/Kontrazeptiva)</b> 4C S E HCY Patienteneinverständnis nach Gen-Diagnostik-Gesetz vorliegend Basis + F VIII, APCR, Protein C Akt., Protein S Akt. + Ag., Antiphospholipid-AK (Lupusantikoagulans, $\beta_2$ -GPI-Ak, Cardiolipin-AK), Homocystein, LP(a), Faktor V-Leiden, Prothrombin G20210A <input type="checkbox"/> <b>Thrombophilie Abort/IVF-Versagen/Gestose</b> 4C 2S E Patienteneinverständnis nach Gen-Diagnostik-Gesetz vorliegend Basis, Thrombophilie (Thrombose) + F1/F2, Protein Z, PAI-1-Polym, ACE-Polym, Annexin-AAK, ANA-IFT, MAK, TRAK <input type="checkbox"/> <b>Blutung klein (ohne Aggregometrie)</b> 4C E Basis, von-Willebrand-Faktor, FVIII, FXIII, PFA, Blutbild <input type="checkbox"/> <b>Blutung (inkl. Plättchenfunktion)</b> 7C E Basis + F II, V, VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII (Ag), vWF: Ag/Akt., LAC, Screen, PFA ADP/EPI, Thrombozytenaggregation, Thrombozytenzahl <input type="checkbox"/> <b>Schwangerschaftskontrolle</b> 4C S E Basisgerinnung, Kl.BB, Klin.Chemie, Anti-Xa, FVIII, Protein S-Ag, Vitamin D, (bitte Präparat, Dosis u. Zeitpunkt d. letzt. Heparin-Injektion angeben) <input type="checkbox"/> <b>Heparin-Induzierte Thrombozytopenie Typ 2</b> C S E (Gelzentrifugationsmethode, HIPA) <input type="checkbox"/> <b>Auto-u. Alloimmunthrombozytopenie</b> S E Test auf thrombozytäre Antikörper Im MAIPA	
<b>Bakteriologie und Erregernachweis</b> <input type="checkbox"/> Erreger + ggf. Resistenz AB <input type="checkbox"/> Erreger + ggf. Resistenz U <input type="checkbox"/> hämol. Streptokokken B GAB <input type="checkbox"/> hämol. Streptokokken A GAB <input type="checkbox"/> Pilznachweis GAB <input type="checkbox"/> Listeriose kulturell GAB	<b>Praxisprofile</b> <input type="checkbox"/> Profil 1 <input type="checkbox"/> Profil 2 <input type="checkbox"/> Profil 3 <input type="checkbox"/> Profil 4 <input type="checkbox"/> Profil 5 <input type="checkbox"/> Profil 6 <input type="checkbox"/> Profil 7 <input type="checkbox"/> Profil 8 <input type="checkbox"/> Profil 9 <input type="checkbox"/> Profil 10 <input type="checkbox"/> Profil 11 <input type="checkbox"/> Profil 12 <input type="checkbox"/> Profil 13 <input type="checkbox"/> Profil 14	

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 \_\_\_\_\_ Stempel Praxis \_\_\_\_\_

## Einwilligungserklärung

zur genetischen Untersuchung (§8 Gendiagnostikgesetz)

Ich wurde von meinem behandelnden Arzt über die 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	Die Untersuchungsergebnisse können über die vorgegebene Frist von 10 Jahren hinaus aufbewahrt werden.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich stimme der erforderlichen Entnahme von Untersuchungsmaterial zu.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Aufklärung zu Zusatzbefunden: Im Rahmen genetischer Analysen können Informationen gewonnen werden, die nicht im Zusammenhang mit dem Untersuchungsauftrag stehen, aber trotzdem von medizinischer Bedeutung für mich oder meine Angehörigen sein können. Im Falle eines Nachweises möchte ich über Zusatzbefunde aufgeklärt werden. Wenn keine explizite Auswahl erfolgt, wird „Nein, es soll keine Aufklärung erfolgen“ angenommen.	<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	Mir ist bewusst, dass ich keinen Anspruch auf Vollständigkeit oder zukünftige Aktualisierung solcher Zusatzbefunde habe.	
Der Untersuchungsauftrag kann an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor weitergeleitet werden.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Übermittlung personenbezogener Daten (auch Gesundheitsdaten und genetischer Testergebnisse) von mir / meinem Kind an mitbehandelnde Ärzte, Kliniken oder andere Stellen (z. B. OP-Zentrum). <input type="checkbox"/> ausschließlich an: _____	<input type="checkbox"/> ja

Ort \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift Patient / Sorgeberechtigter \_\_\_\_\_

