

Überweisungsschein für in-vitro-diagnostische Auftragsleistungen

10



☐ Kurativ ☐ Präventiv ☐ bei belegärztl. Behandlung ☐ Unfall, Unfallfolgen

Auftragsnummer des Labors

Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!

Knappschafts-kennziffer

Quartal

Q J J

Geschlecht

☐ Kontrolluntersuchung bekannte Infektion

☐ eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

☐ SER

☐ Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch

Abnahmedatum

Abnahmezeit

T T M M J J

h h m m

SSW

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

☐ 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 (4.2024)

Gynäkologie / gynäkologische Endokrinologie



ZOTZ KLIMAS
PARTNER FOR DIAGNOSTIK & PRÄVENTION

Zykluslast ☐ Letzte Periode ☐ SSW ☐ + Größe ☐ cm Gewicht ☐ kg

Ausnahmeziffern ☐ Grav. 32007 ☐ Gerinnung 32011 ☐ Tum-Nachso 32012 ☐ PräOP 32016 ☐ Sonstiges _____

Klinische Angaben	☐ Schwangerschaft ☐ Gestose ☐ Kinderwunsch ☐ Thromophilie/ Gestose/ Abort ☐ Thromboseneigung ☐ Blutungsneigung			
☐ Amen-/Oligomenorrhoe ☐ PCO - Syndrom ☐ Hyperandrogenämie ☐ Hirsutismus ☐ Alopezie ☐ Akne ☐ Adipositas				
☐ Mastodynie ☐ Prämenstr.Syndrom ☐ Galaktorrhoe ☐ Klimakt. Symptomatik ☐ Menopause ☐ HRT/HET ☐ Sonstiges:				
Mutterschaftsvorsorge	Schwangerschaft	Infektionsserologie	Endokrinologie	Klinische Chemie
☐ Erstuntersuchung mit Röteln (BG, Rh-Faktor, Röteln, AK-Suchtest, Lues-AK-Screen)	☐ Gestose/HELLP-Syndrom/ Präeklampsie kl. Blutbild, Quick, PTT, AT3, LDH Bilirubin, Kreatinin, Harnsäure Gesamteiweiß, GOT, GPT, Haptoglobin	☐ Hepatitis-B-Serologie ☐ Hepatitis-Bs-AK (Impftiter) ☐ Hepatitis-C-Serologie ☐ Herpes simpl. AK ☐ HIV (I+II)-AK ☐ Lues AK-Screening ☐ Röteln AK IgG ☐ Toxoplasma IgG ☐ Cytomegalie IgG ☐ Varizellen IgG ☐ Parvovirus B19 IgG ☐ Masern IgG ☐ Mumps IgG ☐ Pertussis IgG	☐ β-HCG ☐ LH ☐ FSH ☐ Östradiol ☐ Progesteron ☐ AMH ☐ Testosteron ☐ Freies Testosteron ☐ SHBG ☐ DHEA-Sulfat ☐ Androstendion ☐ Prolactin ☐ TSH ☐ fT3 ☐ fT4 ☐ TRAK ☐ TPO/MAK ☐ Cortisol	☐ Harnstoff ☐ Kreatinin ☐ Natrium ☐ Kalium ☐ Calcium ☐ Eiweiß gesamt ☐ Cholesterin ☐ Triglyceride ☐ HDL-Cholesterin ☐ LDL-Cholesterin ☐ Eisen ☐ Ferritin ☐ Transferrin ☐ Folsäure ☐ Vit.B 12 ☐ Vit.D 3 ☐ Cholinesterase ☐ Haptoglobin ☐ Glukose ☐ Amylase ☐ Lipase ☐ CRP
☐ Zweituntersuchung (AK-Suchtest, Lues-AK-Screen)	☐ Gestose/HELLP-Syndrom/ Präeklampsie - Prädiktion sFit1, PIGF	☐ HIV (I+II)-AK ☐ Lues AK-Screening ☐ Röteln AK IgG ☐ Toxoplasma IgG ☐ Cytomegalie IgG ☐ Varizellen IgG ☐ Parvovirus B19 IgG ☐ Masern IgG ☐ Mumps IgG ☐ Pertussis IgG	☐ β-HCG ☐ LH ☐ FSH ☐ Östradiol ☐ Progesteron ☐ AMH ☐ Testosteron ☐ Freies Testosteron ☐ SHBG ☐ DHEA-Sulfat ☐ Androstendion ☐ Prolactin ☐ TSH ☐ fT3 ☐ fT4 ☐ TRAK ☐ TPO/MAK ☐ Cortisol	☐ Harnstoff ☐ Kreatinin ☐ Natrium ☐ Kalium ☐ Calcium ☐ Eiweiß gesamt ☐ Cholesterin ☐ Triglyceride ☐ HDL-Cholesterin ☐ LDL-Cholesterin ☐ Eisen ☐ Ferritin ☐ Transferrin ☐ Folsäure ☐ Vit.B 12 ☐ Vit.D 3 ☐ Cholinesterase ☐ Haptoglobin ☐ Glukose ☐ Amylase ☐ Lipase ☐ CRP
☐ Blutgruppe	Pränataldiagnostik	Tumormarker	Klinische Chemie	
☐ AK-Suchtest	☐ AFP ☐ freies β-HCG ☐ PAPP-A ☐ Inhibin A ☐ E3 (unkonj. Östrol) ☐ MOM-Berechnung	☐ AFP ☐ β-HCG (tumormarker) ☐ CA 125 ☐ CA 15-3 ☐ CA 19-9 ☐ CEA ☐ Cyfra ☐ SCC ☐ PSA	☐ Alkal. Phosphatase ☐ GOT ☐ GPT ☐ GGT ☐ Bilirubin ☐ LDH ☐ CK ☐ CK-MB ☐ Harnsäure	
☐ Lues AK-Screening	Pränataltest / Screening	Immunologischer Stuhltest		
☐ β-HCG	☐ Panorama Test ☐ Separater Anforderungsschein ☐ Separates Abnahmeset	☐ iFOBT präventiv ☐ iFOBT kurativ		
☐ Röteln IgG	Hämatologie			
☐ Röteln IgM	☐ Kleines Blutbild ☐ Großes Blutbild ☐ BSG ☐ HbA1c			
☐ HBs-Antigen (32. SSW)	Chlamydien			
☐ HIV (I+II)-AK	☐ Chlamydien <25 Jahre ☐ Chlamydien SS-Abbruch ☐ Chlamydien MuVo ☐ Chlamydien Cervix			
☐ Toxoplasmose IgG				
☐ Toxoplasmose IgM				
☐ AFP (SSW/Tag s.o.)				
☐ Urinstatus				
☐ Urinsediment				
☐ Chlam. trachomatis DNA				
☐ Fetales Rhesus D				
Gestationsdiabetes				
☐ Glukose nüchtern/spontan ☐ Glukose oGTT 50g 1 Std ☐ Glukose oGTT 75g 1 Std ☐ Glukose oGTT 75g 2 Std ☐ Insulin ☐ Homa Index				
Material	Serum ☐ EDTA ☐ Citrat ☐ Natriumfluorid ☐ BSG ☐ Hirudin ☐ Homocystein HCY ☐ Gelabstrich ☐ Urin ☐ Abstrich ☐ Spezialurin ☐ Lithiumheparin ☐ Stuhl ☐ Nativblut ☐ Abstrich mit Transportmedium ☐			

KAISER DATA GmbH www.kaiserdta.at 02



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 _____

zur genetischen Untersuchung (§8 Gendiagnostikgesetz)

Ort _____ Datum _____ Unterschrift Patient / Sorgeberechtigter _____