



# Überweisungsschein für Laboruntersuchungen als Auftragsleistung

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr.      Versicherten-Nr.      Status

Betriebsstätten-Nr.      Arzt-Nr.      Datum

*Eintrag nur bei Weiterüberweisung!*  
Betriebsstätten-Nr. des Erstveranlassers      Arzt-Nr. des Erstveranlassers

Befundübermittlung eilt, nachrichtlich an      Telefon Nr.      Fax Nr.

Kurativ     Präventiv     bei belegärztl. Behandlung     Unfall, Unfallfolgen

**Auftragsnummer des Labors**

Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!

ggf. Kennziffer      Quartal

Kontrolluntersuchung bekannte Infektion       Geschlecht

Behandlung gemäß      eingeschränkter Leistungsanspruch

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

Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch

Abnahmedatum      Abnahmezeit

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag

Vertragsarztstempel / Unterschrift Überw. Arzt

Muster 10 (1.2012)

Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufsunfällen und Schülerunfällen

# MUSTER

Medizinisches Versorgungszentrum Dr. Eberhard und Partner

## Profile

- KLINISCHE CHEMIE**  
GOT, GPT, GGT, AP, HARNSTOFF, KREATININ, HARNSAURE NA, CA, K, PHOS, FE, FERRITIN, CRP, GROSSES BLUTBILD
- ZÖLIAKIE-DIAGNOSTIK**  
IGA, GEWEBETRANSGLUT. IGA, GLIADIN AN
- KLEINWUCHS PRAPUBERTÄR**  
SOMATOMEDIN C-IGF1, IGF-BINDUNGSPROT. 3 TSH, FT3, FT4, FSH, PROLAKTIN, CORTISOL
- KLEINWUCHS PUBERTÄR**  
SOMATOMEDIN C-IGF1, IGF-BINDUNGSPROT. 3 TSH, FT3, FT4, FSH, PROLAKTIN, LH, FSH TESTOSTERON, 17-BETA-OESTRADIOL, CORTISOL
- HOCHWUCHS**  
17-BETA-OESTRADIOL, TESTOSTERON, 17-HYDR. PROGEST., ANDROSTENDION, DHYS, STH, SOMATOMEDIN C-IGF1, HOMOCYST.(GES.),IGF-BINDUNGSPROT. 3, PROLAKTIN
- SCHILDRÜSE**     ANTI-TPO     TRAK  
TSH, FT3, FT4
- ADIPOSITAS**  
HBA1, FETTE, LPA, TSH, FT3, FT4, LH, FSH, TESTOSTERON, 17-BETA-OESTRADIOL SHBG, HOMOCYST.(GES.), ANDROSTENDION, PROLAKTIN, 17-HYDR. PROGEST. CORTISOL, GOT, GPT, GGT, GESAMT EWEISS, HARNSAURE
- PUBERTAS PRÄCOX**  
LH, FSH, TESTOSTERON, 17-BETA-OESTRADIOL, 17-HYDR. PROGEST. DHYS, ANDROSTENDION, SHBG, INHIBIN B
- PRÄMATURE PUBARCHE**  
LH, FSH, TESTOSTERON, ANDROSTENDION, 17-HYDR. PROGEST. DHYS, ACTH, 21-HYDROXYLASE AK
- PRÄMATURE THELARCHE**  
LH, FSH, 17-BETA-OESTRADIOL, TESTOSTERON
- PUBERTAS TARDA**  
LH, FSH, TESTOSTERON, 17-BETA-OESTRADIOL, TSH, FT3, FT4 PROLAKTIN, CORTISOL, ACTH, INHIBIN B
- NEBENNIERE**  
ACTH, CORTISOL, DHYS, 17-HYDR. PROGEST. ANDROSTENDION, TESTOSTERON, NA, K
- 11-DESOXYCORTISOL**
- PREGNENOLON 17-HYDR.**
- DHEA.SULFAT**
- RENIN,DIREKT (RIA)**
- ALDOSTERON**

## Funktionsteste

- ACTH-TEST**  
ACTH 0,17-HYDR. PROGEST. (0,30,60), CORTISOL (0,30,60) DHEA (0,30,60), ANDROSTENDION(0,30,60)
- L-ARGININTEST**  
STH (0,30,45,60,90,120)
- BUSERELINTEST**  
LH (0,240), FSH (0,240), 17-BETA-OESTRADIOL (0,240), TESTOSTERON (0,240)
- CLONIDIN-TEST**  
STH (0,30,45,60,90,120)
- CRH-TEST**  
CORTISOL (0,30,60,90),ACTH (0,30,60,90)
- HCG-TEST**  
TESTOSTERON (0,72) ANDROSTENDION (0,72), TESTOSTERONDOH (0,72)
- LHRH-TEST**  
LH (0,30), FSH (0,30), 17-BETA-OESTRADIOL, TESTOSTERON 0
- OGT-TEST**  
HBA1, INSULIN (0,60,120), GLUC NAF (0,60,120)
- TRH-TEST**  
TSH (0,30,120), FT3, FT4, PROLAKTIN (0,30,120)



0008 0061 00



Einsender: 99

Bei nicht aufgeführten Untersuchungen hier markieren und oben im Überweisungsschein eintragen.

Klinische Angaben		Medikamente		Bearbeitungswünsche	
<input type="checkbox"/> Adipositas	<input type="checkbox"/> Kleinwuchs	<input type="checkbox"/> Estrogene	<input type="checkbox"/> Thiamazol	<input type="checkbox"/> ohne Beurteilung	
<input type="checkbox"/> Androgenitales Syndrom	<input type="checkbox"/> Knochenstoffw. Störung	<input type="checkbox"/> Gestagene	<input type="checkbox"/> Carbimazol	<input type="checkbox"/> mit Beurteilung (Klin. Angaben erforderlich)	
<input type="checkbox"/> Gynäkomastie	<input type="checkbox"/> NNR-Insuffizienz	<input type="checkbox"/> Fludrocortison	<input type="checkbox"/> Vitamin D	<input type="checkbox"/> Telef. Mitteilung	
<input type="checkbox"/> Hochwuchs	<input type="checkbox"/> Prämatüre Adrenarche	<input type="checkbox"/> Hydrocortison	<input type="checkbox"/> Wachstumshormon	<input type="checkbox"/> per Fax	
<input type="checkbox"/> Hyperandrogenämie	<input type="checkbox"/> Pubertas präcox	<input type="checkbox"/> L-Thyroxin		<input type="checkbox"/> Vertraulich	
<input type="checkbox"/> Hyperthyrose/M. Basedow	<input type="checkbox"/> Pubertas tarda	<input type="checkbox"/> LHRH-Analogen		<input type="checkbox"/> EILT	
<input type="checkbox"/> Hypophysenstörung	<input type="checkbox"/> Chromosomale Störung	<input type="checkbox"/> Ovulationshemmer		<input type="checkbox"/> Selbstzahler privat	
<input type="checkbox"/> Hypothyreose		<input type="checkbox"/> Testosteron		<input type="checkbox"/> Selbstzahler IGeL	

Größe    cm      Knochenalter   Jahre   Monate

Gewicht    kg      Hodenvolumen rechts   ml links   ml

Pubertätsstadien Ax  (1-3) B  (1-5) P  (1-5)

Vorbefund vorhanden

Datum Blutentnahme    Tag   Monat   Jahr

Uhrzeit Blutentnahme   Min.   Std.

Gonaden	Wachstum	Nebenniere	Schilddrüse	Diab. mellitus
<input type="checkbox"/> AMH (S)	<input type="checkbox"/> SOMATOTROP. C-IGF (S)	<input type="checkbox"/> 11-DE-OXYCORTISOL (S)	<input type="checkbox"/> TSH (S)	<input type="checkbox"/> HBA 1C (E)
<input type="checkbox"/> 17-BETA-ÖSTRADIOL (S)	<input type="checkbox"/> IGF-1/IGF-1-PROT.3 (S)	<input type="checkbox"/> 17-HYDR. PROGEST. (S)	<input type="checkbox"/> FREIES T3 (S)	<input type="checkbox"/> C-PEPTID (S)
<input type="checkbox"/> OESTRON (S)	<input type="checkbox"/> STH (S)	<input type="checkbox"/> 17-HYDR. PREGN. (S)	<input type="checkbox"/> FREIES T4 (S)	<input type="checkbox"/> GAD-AK (S)
<input type="checkbox"/> INHIBIN B (S)		<input type="checkbox"/> ALDOSTERON (S)	<input type="checkbox"/> ANTI-TPO (S)	<input type="checkbox"/> IA2-AK (S)
<input type="checkbox"/> TESTOSTERON (S)		<input type="checkbox"/> RENIN/DIREKT (EP)	<input type="checkbox"/> TSH-REZEPTOR-AK (S)	<input type="checkbox"/> INSELZELL-AK (IFT) (S)
		<input type="checkbox"/> DHEA-S (S)	<input type="checkbox"/> HTG THYREOGLOBULIN (S)	<input type="checkbox"/> INSULIN (S)
		<input type="checkbox"/> DHEA (S)	<input type="checkbox"/> THYREOGLOBULIN-AK (S)	<input type="checkbox"/> INSULIN IGG-AK (S)
		<input type="checkbox"/> ANDROSTENDION (S)	<input type="checkbox"/> CALCITONIN (S)	
		<input type="checkbox"/> CORTISOL (S)		
		<input type="checkbox"/> CORTISOL SPEICHEL		
		<input type="checkbox"/> ADRENALIN / NORADR. (EP)		
		<input type="checkbox"/> DOPAMIN PLASMA (EP*)		
		<input type="checkbox"/> SEROTONIN (E)		

Gerinnung (Citrat)	Tumormarker	Blutfette	Urindiagnostik (Spontanurin)	Urindiagnostik (10 ml aus 24h-Sammelurin)
<input type="checkbox"/> FIBRINOGEN CLAUSS	<input type="checkbox"/> AFP (S)	<input type="checkbox"/> CHOLESTERIN (S)	<input type="checkbox"/> ALBUMIN	<input type="checkbox"/> CORTISOL,FREIES
<input type="checkbox"/> THROMBOPLASTINZEIT	<input type="checkbox"/> CALCITONIN (S)	<input type="checkbox"/> HDL-CHOLESTERIN (S)	<input type="checkbox"/> OSMOLALITÄT	<input type="checkbox"/> PREGNANTRIOL
<input type="checkbox"/> APTT	<input type="checkbox"/> CHROMOGRANIN A (S)	<input type="checkbox"/> LDL-CHOLESTERIN (S)	<input type="checkbox"/> CALCIUM	<input type="checkbox"/> ADRENALIN / NORADR.
<input type="checkbox"/> THROMBINZEIT	<input type="checkbox"/> β-HCG (S)	<input type="checkbox"/> TRIGLYCERIDE (S)	<input type="checkbox"/> ANORG. PHOSPHAT	<input type="checkbox"/> DOPAMIN
		<input type="checkbox"/> LIPOPROTEIN (A) (S)	<input type="checkbox"/> KREATININ	<input type="checkbox"/> METANEPHR- / NORMET.
				<input type="checkbox"/> SEROTONIN
				<input type="checkbox"/> CALCIUM
				<input type="checkbox"/> ANORG. PHOSPHAT
				<input type="checkbox"/> KREATININ
				<input type="checkbox"/> TUB.REABS.PHOSP.

<input type="checkbox"/> ALK.PHOSPHAT. (S)	<input type="checkbox"/> ELEKTROPHORESE (S)	<input type="checkbox"/> KALIUM (S)	<input type="checkbox"/> ANORG. PHOSPHAT (S)
<input type="checkbox"/> AMYLASE (S)	<input type="checkbox"/> FERRITIN (S)	<input type="checkbox"/> KREATININ-CLEARANCE (S,SU)	<input type="checkbox"/> RHEUMAFAKTOR (S)
<input type="checkbox"/> ANTINUK. ANTIK. (S)	<input type="checkbox"/> FOLSÄURE (S)	<input type="checkbox"/> KREATININ ENZYM. (S)	<input type="checkbox"/> SELEN (AAS) (S)
<input type="checkbox"/> ANTISTREPTOL.TITER (S)	<input type="checkbox"/> GAMMA - GT (S)	<input type="checkbox"/> LDH (S)	<input type="checkbox"/> SHBG (S)
<input type="checkbox"/> BILIRUBIN DIREKT (S)	<input type="checkbox"/> GLDH (S)	<input type="checkbox"/> LEPTIN, GESAMT (S)	<input type="checkbox"/> TRANSFERRIN (S)
<input type="checkbox"/> BILIRUBIN DIREKT (S)	<input type="checkbox"/> GLUCOSE (S)	<input type="checkbox"/> LIPASE (S)	<input type="checkbox"/> TRANSFERRIN-SÄTT. (S)
<input type="checkbox"/> KLEINES BLUTBILD (E)	<input type="checkbox"/> GLUCOSE NAF (S)	<input type="checkbox"/> LIPOPROTEIN (A) (S)	<input type="checkbox"/> LÖSL. TRANSF-REZEPT (S)
<input type="checkbox"/> GROSSES BLUTBILD (E)	<input type="checkbox"/> GOT (AST) (S)	<input type="checkbox"/> MAGNESIUM PHOTOM. (S)	<input type="checkbox"/> TYROSIN-PHOSP.-AK (S)
<input type="checkbox"/> CALCIUM (S)	<input type="checkbox"/> GPT (ALT) (S)	<input type="checkbox"/> NATRIUM (S)	<input type="checkbox"/> VITAMIN B12 (S)
<input type="checkbox"/> CHLORID (S)	<input type="checkbox"/> HARNsäURE (S)	<input type="checkbox"/> OSMOLALITÄT SERUM (S)	<input type="checkbox"/> ZINK (AAS) (S)
<input type="checkbox"/> CHOLINESTERASE (S)	<input type="checkbox"/> HARNSTOFF (S)		
<input type="checkbox"/> CK-MB (S)	<input type="checkbox"/> HOMOCYST.(GES.) (K)		
<input type="checkbox"/> CREATINKINASE (S)	<input type="checkbox"/> IGA (S)		
<input type="checkbox"/> CRP (SENSITIV) (S)	<input type="checkbox"/> IGE (S)		
<input type="checkbox"/> EISEN (S)	<input type="checkbox"/> IGG (S)		
<input type="checkbox"/> GESAMTEIWEISS (S)	<input type="checkbox"/> IGM (S)		

**Sammelurin**

Urin Sammelzeit:  24 h

Urin Sammelmenge (ml):

Weitere Anforderungen, klin. Angaben (bitte deutlich schreiben):



(S=Serum E=EDTA-Blut EP=EDTA-Plasma SU=Sammelurin, ST=Stuhl, VIP=Trasytol, U=Urin,K=Kabe,LH=Li-Hep,HP=Hep. Plasma) (\*=gefroren)

MUSTER

Maschinenlesbare Anforderungsscheine bitte über GfLID anfordern!