



# Überweisungsschein für in-vitro-diagnostische Auftragsleistungen

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten geb. am

Kostenträgerkennung    Versicherten-Nr.    Status

Betriebsstätten-Nr.    Arzt-Nr.    Datum

Kurativ     Präventiv     bei belegärztl. Behandlung     Unfall, Unfallfolgen

**Auftragsnummer des Labors**

Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!

Knappschafts-kennziffer Quartal

Kontrolluntersuchung bekannte Infektion Geschlecht

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

Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch

**Eintrag nur bei Weiterüberweisung!**

Betriebsstätten-Nr. des Erstveranlassers    Arzt-Nr. des Erstveranlassers

Abnahmedatum Abnahmezeit

T T M M J J    h h m m

SSW

**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)

## Laborauftrag zur Gynäkologischen Endokrinologie



### Klinische Angaben (Bitte immer ausfüllen)

Datum letzte Regel \_\_\_\_\_

Zyklustag \_\_\_\_\_

Zykluslänge \_\_\_\_\_

Größe (in cm) \_\_\_\_\_

Gewicht (in kg) \_\_\_\_\_

BMI \_\_\_\_\_

### Zyklusangaben

regelmäßig

unregelmäßig

Dauerblutung seit: \_\_\_\_\_

Zwischenblutung seit: \_\_\_\_\_

Menometrorrhagie

Oligomenorrhoe (> 35 d | < 3 Mon.)

Polymenorrhoe (< 25 d)

Klimakterium

Postmenopause

Primäre Amenorrhoe

Sekundäre Amenorrhoe

### Fertilität

Kinderwunsch seit: \_\_\_\_\_

Zustand n. früheren Geburten

Aktuelle Stillphase

Wunsch Empfängnisverhütung

Habituelter Abort

### Uterus/Becken

unauffällig

Endometriose

Uterus-Fehlbildung

Zustand n. Hysterektomie

↳  mit Adnexe     ohne Adnexe

### Ovarien

unauffällig

Polyzystisches Ovar

Ovarzyste

↳  rechts     links

Zustand nach Exstirpation

↳  rechts     links

### Haare/Haut

Hirsutismus

Haarausfall/Alopezie

Akne

### Medikamente

Kontrazeption

Gestagene

Gestagene/Östrogene

↳  Sequenzialpräparate     fixe Kombination

Gestagenhaltiges IUP

Kupferspirale

Hormonersatztherapie

Östradiol

↳  systemisch     lokal

Gestagene

↳  systemisch     lokal

Gestagene/Östrogene

↳  Sequenzialpräparate     fixe Kombination

Konjugierte Östrogene

Sonstige

Name/Präparat: \_\_\_\_\_

Clomifen     Glukokortikoide

L-Thyroxin    ( Hydrocortison)

orale Antidiabetika     Keine

Prolaktinhemmer

### Sonstiges

klimakterische Beschwerden

Galaktorrhoe

↳  beidseitig     einseitig

Mamma-CA

↳ letzte Chemotherapie: \_\_\_\_\_

Bitte Angaben auf der Rückseite machen →

# Laborprofile zur gynäkologisch-endokrinen Diagnostik

Die klinischen Angaben der 1. Seite sind für die Befundung der Profile dringend notwendig.

**Follikelphase ZM 1**  
GEZM1

Blutentnahme am 3.–5. Zyklustag

2 × Serum

17-OH-Progesteron	LH
Androstendion	Östradiol
Cortisol	Progesteron
DHEA-S	Prolaktin
DHT	SHBG
FSH	TSH*

IGeL-Preis 254,23 EUR

**Ovulation ZM 2**  
GEZM2

Blutabnahme ca. am 14. Zyklustag bzw. 14 Tage vor erw. Regelblutung

1 × Serum

FSH
LH
Östradiol
Progesteron

IGeL-Preis 73,54 EUR

**Lutealphase ZM 3**  
GEZM3

Blutabnahme ca. 7 Tage vor erwarteter Regelblutung

1 × Serum

FSH
LH
Östradiol
Progesteron

IGeL-Preis 73,54 EUR

**PCO-Syndrom**  
GEPKO

Blutabnahme am 3.–5. Zyklustag, morgens, nüchtern

2 × Serum | 1 × NaF

17-OH-Progesteron	LH
Androstendion	Östradiol
Cortisol	Progesteron
DHEA-S	Prolaktin
DHT	SHBG
FSH	TSH*
HOMA (Insulin+NBZ)	

IGeL-Preis 271,13 EUR

**Peri-/Postmenopause**  
GEMP

Blutabnahme am 3.–5. Zyklustag

1 × Serum

AMH
FSH
Östradiol
Östron

IGeL-Preis 110,27 EUR

**Ovarielle Reserve**  
GEOR

Blutabnahme am 3.–5. Zyklustag

1 × Serum

AMH
FSH
Östradiol

IGeL-Preis 82,29 EUR

**Adipositas**  
GEAD

Blutabnahme am 3.–5. Zyklustag morgens, nüchtern

1 × Serum | 1 × NaF

Cortisol
DHEA-S
DHT
HOMA (Insulin+NBZ)
SHBG
TSH*

IGeL-Preis 139,99 EUR

**Adrenogen. Syndrom**  
GEAGS

Blutabnahme am 3.–5. Zyklustag

2 × Serum

17-OH-Progesteron	LH
Androstendion	Östradiol
Cortisol	Progesteron
DHEA-S	SHBG
DHT	Testosteron
FSH	

IGeL-Preis 239,66 EUR

**Haarausfall/Alopezie**  
GEHH

Blutabnahme am 3.–5. Zyklustag

2 × Serum

3α-Androstandiol-Glucuronid	Ferritin
Androstendion	SHBG
Biotin (IGel)	Testosteron
DHEA-S	TSH*
DHT	Zink

**Androgenisierung**  
GEAG

Blutabnahme am 3.–5. Zyklustag

1 × Serum

3α-Androstandiol-Glucuronid
Androstendion
DHEA-S
DHT
SHBG
Testosteron

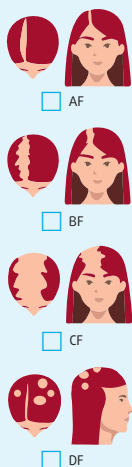
**Osteoporose**  
AOOF

2 × Serum | 1 × EDTA | Urinmonovette

Calcium/Albumin	Kreatinin	Ostase
CRP	Kreatinin (Urin)**	PTH**
Desoxypyridinolin (Urin)**	Natrium**	Phosphat
Eiweißelektrophorese**	Östradiol (bei ≥ 50J.)	TSH*
Kleines Blutbild	Osteocalcin**	25-OH-Vitamin D

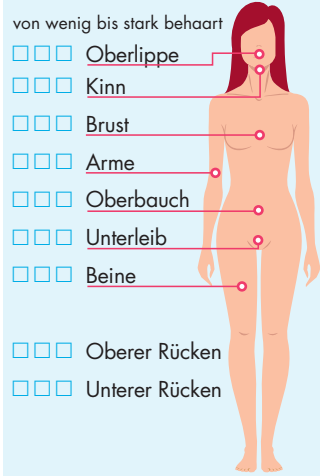
IGeL-Preis (ohne\*\*) 125,41 EUR

Betreffendes bitte ankreuzen



IGeL-Preis 210,52 EUR

Betreffendes bitte ankreuzen



IGeL-Preis 155,15 EUR

## Anforderung von Einzelwerten

<input type="checkbox"/> 17-OH-Progesteron	<input type="checkbox"/> ft4	<input type="checkbox"/> SHBG
<input type="checkbox"/> 3α-Androstandiol-Glucuronid	<input type="checkbox"/> ft3	<input type="checkbox"/> Tg-AK
<input type="checkbox"/> AMH	<input type="checkbox"/> FSH	<input type="checkbox"/> TRAK
<input type="checkbox"/> Androstendion	<input type="checkbox"/> hCG	<input type="checkbox"/> TPO-AK
<input type="checkbox"/> Cortisol	<input type="checkbox"/> LH	<input type="checkbox"/> TSH
<input type="checkbox"/> DHEA-Sulfat	<input type="checkbox"/> Östradiol	<input type="checkbox"/> Testosteron
<input type="checkbox"/> DHT	<input type="checkbox"/> Prolaktin	<input type="checkbox"/> Zink
	<input type="checkbox"/> Progesteron	

Material	EDTA	Serum	NaF
Sarstedt			
BD Vacutainer			

\* Ist TSH pathologisch, werden ft3, ft4 und AK gemessen

\*\* Nicht in IGeL-Profil enthalten

Alle Preise verstehen sich inkl. einer Auslagenpauschale von 5,90 EUR gemäß § 10 GOÄ