

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

Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülerunfällen

Überweisungsschein für in-vitro-diagnostische Auftragsleistungen

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

Auftragsnummer des Labors



Abnahmedatum

T T M M J J

Abnahmezeit

h h m m

SSW

Knappschafts-kennziffer

Quartal

Q J J

Geschlecht

☐ Kontrolluntersuchung bekannte Infektion

☐ SER

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

☐ Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch

Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt

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
- ☐ Habitueeller 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 x 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 x Serum

FSH
LH
Östradiol
Progesteron

IGel-Preis 73,54 EUR

☐ **Lutealphase ZM 3**
GEZM3

 Blutabnahme ca. 7 Tage
vor
erwarteter Regelblutung

1 x Serum

IGel-Preis 73,54 EUR

☐ **PCO-Syndrom**
GEPCO

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

2 x Serum | 1 x NaF

IGel-Preis (ohne*) 250,11 EUR

☐ **Peri-/Postmenopause**
GEMP

 Blutabnahme am
3.–5. Zyklustag

1 x Serum

IGel-Preis 110,27 EUR

☐ **Ovarielle Reserve**
GEOR

 Blutabnahme
am 3.–5. Zyklustag

1 x Serum

IGel-Preis 82,29 EUR

☐ **Adipositas**
GEAD

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

1 x Serum | 1 x NaF

IGel-Preis 139,99 EUR

☐ **Adrenogen. Syndrom**
GEAGS

 Blutabnahme am
3.–5. Zyklustag

2 x Serum

IGel-Preis 239,66 EUR

☐ **Haarausfall/Alopezie**
GEHH

 Blutabnahme
am 3.–5. Zyklustag

2 x Serum

IGel-Preis 210,52 EUR

☐ **Androgenisierung**
GEAG

 Blutabnahme am
3.–5. Zyklustag

1 x Serum

IGel-Preis 155,15 EUR

☐ **Osteoporose**
AOOF

2 x Serum | 1 x EDTA | Urinmonovette

IGel-Preis (ohne**) 125,41 EUR

Betreffendes bitte ankreuzen

 von wenig bis stark behaart
 ☐ ☐ ☐ Oberlippe
 ☐ ☐ ☐ Kinn
 ☐ ☐ ☐ Brust
 ☐ ☐ ☐ Arme
 ☐ ☐ ☐ Oberbauch
 ☐ ☐ ☐ Unterleib
 ☐ ☐ ☐ Beine
 ☐ ☐ ☐ Oberer Rücken
 ☐ ☐ ☐ Unterer Rücken

IGel-Preis 210,52 EUR

Anforderung von Einzelwerten

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