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

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 T T M M J J

Abnahmezeit 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

alphaomega Labor

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
- ☐ Habitueller 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
- ☐ Konjungierte Östrogene

Sonstige

- ☐ Name/Präparat:
- ☐ Clomifen
- ☐ Glukokortikoide (☐ Hydrocortison)
- ☐ L-Thyroxin
- ☐ orale Antidiabetika
- ☐ Keine
- ☐ Prolaktinhemmer

Sonstiges

- ☐ klimakterische Beschwerden
- ☐ Galaktorrhoe
  - ↳ ☐ beidseitig ☐ einseitig
- ☐ Mamma-CA
  - ↳ letze Chemotherapie:

Bitte Angaben auf der Rückseite machen →

Gynendoschein V08 gültig ab 01.06.2026

Laborprofile zur gynäkologisch-endokrinologischen 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 294,13 €

☐ Ovulation ZM 2
GEZM2

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

1 × Serum

FSH
LH
Östradiol
Progesteron

IGeL-Preis 86,34 €

☐ Lutealphase ZM 3
GEZM3

Blutabnahme ca. 7 Tage vor erwarteter Regelblutung

1 × Serum

FSH
LH
Östradiol
Progesteron

IGeL-Preis 86,34 €

☐ PCO-Syndrom
GEPCO

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

2 × Serum | 1 × NaF

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

IGeL-Preis 286,76 €

☐ Peri-/Postmenopause
GEMP

Blutabnahme am 3.–5. Zyklustag

1 × Serum

AMH
FSH
Östradiol
Östron

IGeL-Preis 128,56 €

☐ Ovarielle Reserve
GEOR

Blutabnahme am 3.–5. Zyklustag

1 × Serum

AMH
FSH
Östradiol

IGeL-Preis 96,39 €

☐ Adipositas
GEAD

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

1 × Serum | 1 × NaF

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

IGeL-Preis 162,75 €

☐ 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 277,37 €

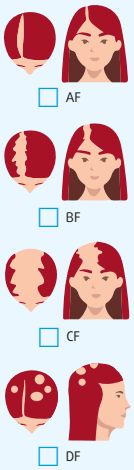
☐ Haarausfall/Alopezie
GEHH

Blutabnahme am 3.–5. Zyklustag

2 × Serum

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

Betreffendes bitte ankreuzen



IGeL-Preis 243,85 €

☐ Androgenisierung
GEAG

Blutabnahme am 3.–5. Zyklustag

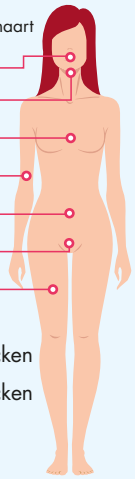
1 × Serum

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

Betreffendes bitte ankreuzen

von wenig bis stark behaart

☐☐☐ Oberlippe
☐☐☐ Kinn
☐☐☐ Brust
☐☐☐ Arme
☐☐☐ Oberbauch
☐☐☐ Unterleib
☐☐☐ Beine
☐☐☐ Oberer Rücken
☐☐☐ Unterer Rücken



IGeL-Preis 180,17 €

☐ 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**) 137,94 EUR

Anforderung von Einzelwerten

☐ 17-OH-Progesteron	☐ fT4	☐ SHBG
☐ 3α-Androstandiol-Glucuronid	☐ fT3	☐ Tg-AK
	☐ FSH	☐ TRAK
☐ AMH	☐ hCG	☐ TPO-AK
☐ Androstendion	☐ LH	☐ TSH
☐ Cortisol	☐ Östradiol	☐ Testosteron
☐ DHEA-Sulfat	☐ Prolaktin	☐ Zink
☐ DHT	☐ Progesteron	

Material	EDTA	Serum	NaF
Sarstedt			
BD Vacutainer			

* Ist TSH pathologisch, werden fT3, fT4 und AK gemessen (ausgenommen bei IGeL-Patientinnen)

** Nicht in IGeL-Profil enthalten

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

alphaomega Labor