



Überweisungsschein für Laboruntersuchungen als Auftragsleistung

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

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

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

Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch

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 (10.2020)

PERSÖNLICHES PRAXISPROFIL

HZV-Teilnehmer Sammelmenge _____ ml Größe _____ cm Gewicht _____ kg

PROFILE (SIEHE LISTE RÜCKSEITE)									
<input type="checkbox"/> Anämie	S, E	<input type="checkbox"/> Osteoporose	S, E, U	<input type="checkbox"/> Metabolisches Syndrom	S, E	<input type="checkbox"/> Darm	S, St		
<input type="checkbox"/> Check Up		<input type="checkbox"/> Check Up+HBs-AG/HCV-AK	N, S	<input type="checkbox"/> Prä-OP	S, E, C	<input type="checkbox"/> Rheuma*	S, E	<input type="checkbox"/> Leber Galle Pankreas	S
<input type="checkbox"/> Atherosklerose	S, E	<input type="checkbox"/> Schilddrüse	S	<input type="checkbox"/> Rheuma ohne HLA-B27	S	<input type="checkbox"/> Niere	S		
HERZ	SCHILDDRÜSE	NIERE	GERINNING	PCR ANTIGENNACHWEIS					
<input type="checkbox"/> CK	s	<input type="checkbox"/> TSH	S	<input type="checkbox"/> Cystatin C	S	<input type="checkbox"/> Antithrombin	C	<input type="checkbox"/> Augeninfektion	A
<input type="checkbox"/> CK-MB	s	<input type="checkbox"/> ft3	S	<input type="checkbox"/> Harnsäure	S	<input type="checkbox"/> APC-Resistenz	C	<input type="checkbox"/> Bordetella pert. parapert.	A
<input type="checkbox"/> Homocystein	E	<input type="checkbox"/> ft4	S	<input type="checkbox"/> Harnstoff	S	<input type="checkbox"/> D-Dimere	C	<input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis	A, U
<input type="checkbox"/> Lipide	s	<input type="checkbox"/> TPO	S	<input type="checkbox"/> Kreatinin (GFR berechn.)	S	<input type="checkbox"/> Faktor VIII-Aktivität	C	<input type="checkbox"/> Chlamydia pneumoniae	A
<input type="checkbox"/> Cholesterin	s	<input type="checkbox"/> TRAK	S	HÄMATOLOGIE		<input type="checkbox"/> Fibrinogen	C	<input type="checkbox"/> Darmparasiten	St
<input type="checkbox"/> HDL-Cholesterin	s	<input type="checkbox"/> TAK	S	<input type="checkbox"/> BB klein	E	<input type="checkbox"/> Protein C-Aktivität	C	<input type="checkbox"/> Dermatophyten	Hs Ns
<input type="checkbox"/> LDL-Cholesterin	s	ELEKTROLYTE		<input type="checkbox"/> BB groß	E	<input type="checkbox"/> Protein S-Aktivität	C	<input type="checkbox"/> HBV-Viruslast	E
<input type="checkbox"/> Triglyceride	s	<input type="checkbox"/> Calcium	S	<input type="checkbox"/> BB Diff. Ausstrich (man.)	E	<input type="checkbox"/> aPTT	C	<input type="checkbox"/> HCV-Viruslast	E
<input type="checkbox"/> Lipoprotein (a)	s	<input type="checkbox"/> Chlorid	S	<input type="checkbox"/> Ferritin	S	<input type="checkbox"/> Quick/INR	C	<input type="checkbox"/> HIV-Viruslast	E
<input type="checkbox"/> Myoglobin	s	<input type="checkbox"/> Eisen	S	<input type="checkbox"/> Folsäure	S	URIN		<input type="checkbox"/> HPV	A
<input type="checkbox"/> NT-proBNP	s	<input type="checkbox"/> Kalium	S	<input type="checkbox"/> HoloTC (bioaktives VB12)	S	<input type="checkbox"/> Drogenscreening	U	<input type="checkbox"/> HSV1/2	A
<input type="checkbox"/> Troponin I	s	<input type="checkbox"/> Magnesium	S	<input type="checkbox"/> Retikulozyten	E	<input type="checkbox"/> Gesamteiweiß	U	<input type="checkbox"/> Influenza A und B	A
LEBER PANKREAS		<input type="checkbox"/> Natrium	S	DIABETES		<input type="checkbox"/> Glucose	U	<input type="checkbox"/> Mycoplasma pneum.	A
<input type="checkbox"/> Amylase	S	<input type="checkbox"/> Phosphat	S	<input type="checkbox"/> Glucose	N od. S	<input type="checkbox"/> Mikrobiol. Kultur	U	<input type="checkbox"/> Neisseria gonorrhoeae	A, U
<input type="checkbox"/> AP	S	<input type="checkbox"/> Zink	S	<input type="checkbox"/> C-Peptid	S	<input type="checkbox"/> Kreatinin	U	<input type="checkbox"/> resp. Viren + Mycopl. pn.	A
<input type="checkbox"/> Bilirubin direkt	S	ENTZÜNDUNG		<input type="checkbox"/> HbA1c	E od. HAE	<input type="checkbox"/> Natrium	U	<input type="checkbox"/> Stuhlviren	St
<input type="checkbox"/> Bilirubin gesamt	S	<input type="checkbox"/> CRP	S	<input type="checkbox"/> Insulin	S	<input type="checkbox"/> Sediment	U	<input type="checkbox"/> TBC	Sp BAL
<input type="checkbox"/> Cholinesterase	S	<input type="checkbox"/> Eiweißelektrophorese	S	<input type="checkbox"/> oGTT 75 g	N	<input type="checkbox"/> Status	U	<input type="checkbox"/> sex. übertragb. Krankh.	A, U
<input type="checkbox"/> GOT (ASAT)	S	<input type="checkbox"/> IgA	S	<input type="checkbox"/> HOMA (Insulin, Glucose)	N, S	<input type="checkbox"/> Urinproteine/DISC	U	<input type="checkbox"/> Varizella-Zoster-Virus	A
<input type="checkbox"/> GPT (ALAT)	S	<input type="checkbox"/> IgE	S	BLUTGRUPPENSEROLOGIE		TUMORMARKER			
<input type="checkbox"/> GGT	S	<input type="checkbox"/> IgG	S	<input type="checkbox"/> Antikörper-Suchtest	E	<input type="checkbox"/> AFP	S	<input type="checkbox"/> CA15-3	S
<input type="checkbox"/> Gesamteiweiß	S	<input type="checkbox"/> IgM	S	<input type="checkbox"/> Blutgruppe	E	<input type="checkbox"/> β-hCG	S	<input type="checkbox"/> CEA	S
<input type="checkbox"/> Lipase	S	<input type="checkbox"/> Procalcitonin	S			<input type="checkbox"/> CA 19-9	S	<input type="checkbox"/> PSA	S
<input type="checkbox"/> Albumin	S	<input type="checkbox"/> RF	S			<input type="checkbox"/> CA 125	S	<input type="checkbox"/> NSE	S

Ankreuzschein HZV V11 gültig ab 29.08.2023



INFEKTIONSSEROLOGIE (S)		HORMONE		AUTOIMMUNDIAGNOSTIK (S)		
<input type="checkbox"/> Bordetella pertussis-AK	<input type="checkbox"/> Helicobacter pylori-AK	<input type="checkbox"/> 1,25-OH-Vitamin D	S	<input type="checkbox"/> Erythropoetin	S	<input type="checkbox"/> CCP-AK
<input type="checkbox"/> Borrelien-AK	<input type="checkbox"/> HSV-AK	<input type="checkbox"/> 25-OH-Vitamin D	S	<input type="checkbox"/> Estradiol	S	<input type="checkbox"/> ds-DNS
<input type="checkbox"/> Candida-AK	<input type="checkbox"/> Influenza-AK	<input type="checkbox"/> 17-OH-Progesteron	S	<input type="checkbox"/> FSH	S	<input type="checkbox"/> GAD
<input type="checkbox"/> Chlamydia pneumoniae-AK	<input type="checkbox"/> Legionella AK	<input type="checkbox"/> 5-HIES	SU	<input type="checkbox"/> IGF-1	S	<input type="checkbox"/> ANA
<input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis-AK	<input type="checkbox"/> Legionella AG (im Urin)	<input type="checkbox"/> Aldosteron	E	<input type="checkbox"/> Insulin	S	<input type="checkbox"/> ANCA
<input type="checkbox"/> CMV-AK	<input type="checkbox"/> Lues-Suchreaktion	<input type="checkbox"/> Androstand. Glucuronid	S	<input type="checkbox"/> Katecholamine	E	<input type="checkbox"/> ASMA
<input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/> IgM	<input type="checkbox"/> Masern-AK	<input type="checkbox"/> Androstendion	S	<input type="checkbox"/> Knochen-AP (Ostase)	S	<input type="checkbox"/> ENA
<input type="checkbox"/> EBV-AK	<input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/> IgM	<input type="checkbox"/> ACE	S	<input type="checkbox"/> Proinsulin	S	<input type="checkbox"/> Endomysium-AK
<input type="checkbox"/> FSME-AK	<input type="checkbox"/> Mumps-AK	<input type="checkbox"/> ACTH	E	<input type="checkbox"/> Renin	E	<input type="checkbox"/> Gliadin-AK
<input type="checkbox"/> HAV-AK	<input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/> IgM	<input type="checkbox"/> AMH	S	<input type="checkbox"/> SHBG	S	<input type="checkbox"/> Inselzellantikörper
<input type="checkbox"/> HAV-IgM	<input type="checkbox"/> Mycoplasmen-AK	<input type="checkbox"/> β-hCG	S	<input type="checkbox"/> Testosteron/SHBG-Quotient	S	<input type="checkbox"/> Transglutaminase-AK
<input type="checkbox"/> HBs-AK	<input type="checkbox"/> Parainfluenza-AK	<input type="checkbox"/> β-Crosslaps	S	<input type="checkbox"/> Testosteron gesamt	S	SONSTIGE
<input type="checkbox"/> HBs-Antigen	<input type="checkbox"/> Parvovirus B 19-AK	<input type="checkbox"/> C-Peptid	S	HUMANGENETIK (E)*		<input type="checkbox"/> ASL
<input type="checkbox"/> HBc-AK	<input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/> IgM	<input type="checkbox"/> Cortisol	S	<input type="checkbox"/> Faktor-II-Mutation		<input type="checkbox"/> immunolog. Stuhltest
<input type="checkbox"/> HBc-Antigen	<input type="checkbox"/> Röteln-AK	<input type="checkbox"/> Cortisol (im Sammelurin)	SU	<input type="checkbox"/> Faktor-V-Mutation		<input type="checkbox"/> Vitamin B1
<input type="checkbox"/> HBc-AK	<input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/> IgM	<input type="checkbox"/> DHEAS	S	<input type="checkbox"/> Fruktoseintoleranz		<input type="checkbox"/> Vitamin B12
<input type="checkbox"/> HBc-IgM	<input type="checkbox"/> Toxoplasmose-AK	<input type="checkbox"/> DHT	S	<input type="checkbox"/> HFE		<input type="checkbox"/> Vitamin B2
<input type="checkbox"/> HCV-AK	<input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/> IgM	<input type="checkbox"/> LH	S	<input type="checkbox"/> HLA-B27		<input type="checkbox"/> Vitamin B6
<input type="checkbox"/> HEV-IgG	<input type="checkbox"/> Varizella-Zoster-AK	<input type="checkbox"/> Metanephrine	E	<input type="checkbox"/> Laktoseintoleranz		<input type="checkbox"/> Vitamin E
<input type="checkbox"/> HEV-IgM	<input type="checkbox"/> IgG <input type="checkbox"/> IgM	<input type="checkbox"/> Parathormon intakt	E	<input type="checkbox"/> Morbus Meulengracht		
<input type="checkbox"/> HIV-1/2-AK, HIV-p24-AG	<input type="checkbox"/> Yersinia-AK	<input type="checkbox"/> Progesteron	S			
		<input type="checkbox"/> Prolaktin	S			

Einwilligung zur genetischen Diagnostik nach Gendiagnostik-Gesetz (GenDG)

Ich erkläre mich einverstanden, dass die von mir entnommenen Proben für oben genannte diagnostische Fragestellung auf genetische Veränderungen untersucht werden (GenDG § 8). Mit der Weiterleitung des Untersuchungsauftrages in ein spezialisiertes Labor bin ich einverstanden. Persönliche Angaben dürfen nur mit meiner Zustimmung an Familienangehörige und deren behandelnde Ärzte weitergegeben werden. Ich habe das Infoblatt „Aufklärung vor genetischen Analysen gemäß GenDG“ gelesen und wurde durch einen laut GenDG § 7 qualifizierten Arzt ausführlich nach GenDG § 10 genetisch beraten. Ich kenne die Widerrufsbedingungen und stimme der genetischen Analyse zu.

Erklärung zur Aufbewahrung und Vernichtungen der Ergebnisse/Proben

Ich bin damit einverstanden, dass abweichend vom GenDG § 12 bzw. § 13, die Untersuchungsergebnisse und die von mir genommenen Proben nach diagnostischem Ermessen im Labor aufbewahrt/vernichtet werden.

LEGENDE

Citrat-Blut	C	iFOBT-Röhrchen	iF	Nagelspäne	Ns
EDTA-Blut	E	Abstrich	A	Sputum	Sp
Heparin-Blut	H	bronchoalveoläre Lavage	BAL	Stuhl	St
NaF-Blut	N	Hämolysat	HAE	Sammelurin	SU
Serum	S	Hautschuppen	Hs	Urin	U
Homocystein	Hm	*Genetikunterschrift zwingend erforderlich			

Datum, Unterschrift

PROFILÜBERSICHT

Anämie	Bilirubin CRP Eisen Ferritin Folsäure Haptoglobin HoloTC KB Kreatinin LDH Retikulozyten Transferrin
Check Up	Cholesterin Glucose Triglyceride HDL LDL
Check Up + HBs-AG/HCV-AK (Hepatitis einmalig im Check Up bestimmbar)	Cholesterin Glucose Triglyceride HDL LDL Hepatitis Bs Antigen Hepatitis C Antikörper
Atherosklerose	Cholesterin HDL LDL Triglyceride Lipoprotein (a) Homocystein CRP (hochsensitiv)
Osteoporose	kl. BB Calcium CRP Gesamteiweiß Eiweiselektrophorese Kreatinin Natrium Ostase Osteocalcin Parathormon Phosphat Östradiol (♀) Testosteron (♂) Desoxypyridinolin im Urin Cross Laps TSH 25-OH-Vitamin D Wichtig sind die Angaben zu Körpergröße, Körpergewicht und der letzten Regel!
Prä-OP	Fibrinogen kl. BB Natrium Kreatinin Quick PTT
Schilddrüse	TSH fT3 fT4 TPO TRAK
Metabolisches Syndrom	Cholesterin Harnsäure HbA1c HDL LDL Triglyceride
Rheuma	ANA ASL CCP-AK CRP HLA-B27 Rheumafaktor Unterschrift Gendiagnostik dringend erforderlich!
Darm	Calprotectin IgA Transglutaminase-IgA-AK
Leber Galle Pankreas	Albumin ALAT ASAT Alkalische Phosphatase Bilirubin CRP GGT Lipase
Niere	Albumin Gesamteiweiß Harnsäure Harnstoff Kalium Kreatinin Natrium Phosphat



HZAV11-2