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

☐ 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)

Urologie — Medizinisches Labor Nord

☐ CITO ! ☐ Befund faxen! SSW Urinvolumen 24h (ml)

HARNSTEINDIAGNOSTIK

- ☐ Steinanalyse HS
- ☐ Steinparameter S + U ○U24+S
  - ☐ Steinparameter U ○U24
    - ☐ Calcium ○U24
    - ☐ Phosphat,an. ○U24
    - ☐ Oxalsäure ○U24
    - ☐ Magnesium ○U24
    - ☐ Cystin ○U24
    - ☐ Zitronensäure ○U24
    - ☐ Kreatinin ○U24
    - ☐ Ammonium ○U24
  - ☐ Steinparameter S S
    - ☐ Calcium S
    - ☐ Harnsäure S
    - ☐ Phosphat, anorg. S
    - ☐ Kreatinin S
- ☐ AP S
- ☐ Harnsäure U24
- ☐ Harnsäure U

AUTOIMMUNDIAGNOSTIK

- ☐ ANA S
- ☐ ANCA (Profil) S
  - ☐ c-ANCA + PR3-AK S
  - ☐ p-ANCA + MPO-AK S
- ☐ Phospholipid-AK (Profil) S+CV
  - ☐ Cardiolip.-AK (IgG/M) S
  - ☐ β2-Glyk.-AK (IgG/M) S
  - ☐ Lupus-Antikoagulans CV
- ☐ dsDNS-AK S
- ☐ glomerul. Basalmembran-AK S
- ☐ PLA-2-Rezeptor-AK S

URINDIAGNOSTIK

- ☐ Urinstatus U
- ☐ Urinsediment U
- ☐ Eiweiß / Kreatinin U
- ☐ Eiweiß U
- ☐ Mikroalbuminurie U
- ☐ Proteinelektrophorese U
- ☐ Bence-Jones-Proteine U
- ☐ Kreatinin U24
- ☐ Kreatinin-Clearance S+U24

bitte ergänzen:

Urinvolumen in ml:

Sammelzeit in Minuten:

Körpergewicht in kg:

Körpergröße in cm:

- ☐ Erythrozyten-Differenzier. U

EISENSTOFFWECHSEL

- ☐ Eisen S
- ☐ Ferritin S
- ☐ Transferrin S
- ☐ Transferrinsättigung S

TUMORMARKER / PROTEINE

- ☐ PSA S
- ☐ bei Erhöhung ggf. PSA, frei S
- ☐ PSA, frei S
- ☐ AFP S
- ☐ PLAP S
- ☐ β-HCG S
- ☐ CEA S
- ☐ Cystatin C S
- ☐ Immunfixation S
- ☐ Freie Leichtketten S

HORMONE

- ☐ DHEA-S S
- ☐ LH S
- ☐ FSH S
- ☐ 17-beta-Östradiol S
- ☐ Prolaktin S
- ☐ PTH-intakt •EP
- ☐ SHBG S
- ☐ Testosteron S
- ☐ Testosteron, frei S
- ☐ Freier Androgenindex S
- ☐ TSH-basal S
- ☐ freies T3 S
- ☐ freies T4 S
- ☐ LDH S

VITAMINE

- ☐ 25-Hydroxy-Vitamin D ▲S
- ☐ Vitamin B12 •▲S
- ☐ Folsäure •▲S

GERINNUNG

- ☐ Gerinnungsstatus (Profil) CV
  - ☐ Quick / INR CV
  - ☐ aPTT CV
  - ☐ Fibrinogen CV
- ☐ D-Dimere CV

Therapiemonitoring:

- ☐ Quick unter Marcumar CV
- ☐ niedermolek. Heparin CV

Thrombophilie-Diagnostik und Blutungsneigung s. Anforderungs-bogen "Gerinnung" (Homepage)

INFEKTIONSSEROLOGIE

- ☐ CRP S
- ☐ Streptolysin-AK S
- ☐ Streptokokken-DNase-AK S
- ☐ Staphylolysin-AK S
- ☐ Chlamydien-AK (IgA/G) S
- ☐ HIV-1/2-Suchtest** S
- ☐ Lues-Serologie (TPHA)** S
- ☐ Hepatitis-A-Serologie S
- ☐ Hepatitis A, nach Impfung S
- ☐ Hepatitis-B-Serologie S (HBs-AG,HBs-AK,HBc-AK)
- ☐ Hepatitis-Bs-AG S
- ☐ Hepatitis B, vor Impfung S
- ☐ Hepatitis B, nach Impfung S
- ☐ Hepatitis-C-AK S

** ggf. weiterführende Diagnostik

MOLEKULARE INFEKTIONSDIAGNOSTIK

Material / Entnahmeort:

- ☐ Chlamydien-DNA A
- ☐ Chlamydien-DNA EU
- ☐ Hämoph.-ducreyi-DNA * A
- ☐ HSV-DNA A
- ☐ Mycopl.-genitalium-DNA A/EU
- ☐ Mycopl.-hominis-DNA A/EU
- ☐ N.-gonorrhoeae-DNA A/EU
- ☐ Ureapl.-urea./parv.-DNA A/EU
- ☐ Trep.-pallidum-DNA * A

* Selbstzahler-Analyse!

KULTURELLE INFEKTIONSDIAGNOSTIK

Material / Entnahmeort:

- ☐ Mycoplasma-hominis-/ Ureaplasma-Kultur A/U
- ☐ N.-gonorrhoeae-Kultur A/U
- ☐ Gardnerella-Kultur A
- ☐ Path. Keime mit Resistenz A/U

WEITERE UNTERSUCHUNGEN

Material: A = Abstrich / CV = Citrat-Vollblut / EP = EDTA-Plasma / EU = Erststrahlurin / HS = Harnstein / S = Serum / U = Urin / U24 = 24h-Urin / ○ = angesäuert / • = gekühlt / ▲ = lichtgeschützt

0045 1036 09

Mediaform® ☎ (040) 727 360-0 · 04.24 · BED 240262 · 9002-00007