

PRIVAT

Labor Schottdorf MVZ GmbH

Anforderungsschein Krankenhaus

Labor Schottdorf MVZ GmbH
 MVZ Labor Bochum MLB GmbH
 Labor Hamburg-Lübeck MVZ GmbH

Labor Hannover MVZ GmbH
 Labor Mainz MVZ GmbH
 Labor an der Salzbrücke MVZ GmbH

Name, Vorname, Anschrift des Patienten

geb. am

Hier bitte Arzt/Patientenbarcode aufbringen



Tagesnummernbarcode



Rechnungsstellung an:

Patient Einsender BG 2-fach

Befund:

Abnahmedatum

T T M M J J

Abnahmezeit

h h m m

zusätzliche Angaben

Diagnose / Verdachtsdiagnose

Arztstempel und Unterschrift überw. Arzt

Einsender: /

bei ambulanten Patienten bitte Überweisungsschein

Station: _____

Hormone und Metabolite

Schilddrüse / Nebenschilddrüse

- FT3 Serum FT3.
- FT4 Serum FT4.
- TSH Serum TSH5
- TSH stim. Serum TSH6
- Thyroglobulin-Ak (TAK) Serum SDTH
- Thyreoida-Peroxidase-Ak Serum TPO.
- TSH-Rezeptor-Ak (TRAK) Serum TSRE
- Parathormon intakt EDTA-Pl. PTHI

Nebenniere und Gonadenfunktion

- Katecholamine 24h Urin* KACH
- Metanephrine 24h Urin* META
- Cortisol Serum COR1
- Cortisol-Profil Serum COR1-6
- DHEA-Sulfat Serum DHES
- Testosteron gesamt Serum TESH
- FSH Serum F.H.
- LH Serum L.H.
- Prolaktin Serum PROL
- Östradiol Serum OSTA
- Progesteron Serum PROG
- SHBG Serum SHBG
- Aldosteron EDTA ALSS
- Aldosteron-Renin-Quot. EDTA-Pl. ALDQ
- ACTH EDTA-Pl. ACTH

Tumormarker

- CA 19-9 Serum CA19
- CA 15-3 Serum CA15
- CA 125 Serum CA12
- CA 72-4 Serum CA72
- CEA Serum CEA
- β-HCG Serum HCGT
- NSE Serum NSE
- CYFRA 21-1 Serum CYFR
- α-1-Fetoprotein Serum FETO
- PSA Serum PSA
- PLAP Serum PLAQ

Immundiagnostik

zelluläre / humorale Abwehr

- C3-Komplement Serum KOM3
- C4-Komplement Serum KOM4
- IgG, IgA, IgM Serum IML
- IgE Serum IGE
- Immunstatus standard EDTA LYIS
- Immunfixation Serum IMF1
- Immunelektrophorese 24h Urin IMEU
- Freie Leichtketten Serum FKKS/FLKS

Autoimmunerkrankungen

- ANA (Anti-nukleäre Ak) Serum IM01
- ANCA (Cytoplasmatische-Ak) Serum IM33
- Anti-DNS-Ak Serum DNAE
- Cardiolipin-Ak Serum CAAK
- ENA-Screening Serum ENAS
- Anti-mitochondriale-Ak Serum IM04
- HLA B27*** EDTA HLA
- RF-quantitativ Serum RFQU

Infektionsserologie

- LUES (TPHA) Serum TPHA
- HIV Serum HTLV
- EBV Serum EPBA
- Borrelien Serum LYME
- Toxoplasmose Serum TOXO
- Zytomegalie (CMV) Serum ZYTE
- Herpes simplex I/II Serum HERE/P
- Varicella-Zoster-Ak Serum VARE
- Antistreptolysin Serum ASTA
- Chlamydia trach.-Ak Serum CHLA

Gerinnung

- Antithrombin III (AT III) Citrat-Pl. ANTH
- APC-Cofaktor Citrat-Pl.** APCC
- Protein C Citrat-Pl.** PRCA
- Protein S Citrat-Pl.** PRTS
- Lupus Antikoagulans Citrat-Pl.** LUPU
- D-Dimer Citrat-Pl. DIME

Hepatitisdiagnostik

- Anti-HAV Serum HAVA
- Anti-HAV-IgM Serum HAVM
- HBs-Ag (Australia-Ag) Serum AUAG
- HBe-Antigen Serum HB-E
- Anti-HBc Serum A-HC
- Anti-HBc-IgM Serum AHCI
- Anti-HBe Serum A-HE
- Anti-HBs Serum A-HB
- HBV-DNA PCR EDTA HEPB
- Anti-Delta Serum DELT
- Anti-HCV Serum AHCV
- HCV-PCR qualitativ EDTA HCVR
- HCV-PCR quantitativ EDTA HCVQ
- HCV-RNA PCR Genotypisierung EDTA HCVG
- Hepatitis E IgG Serum HEPE
- Hepatitis E IgM Serum HEVM

Medikamente

- Digitoxin Serum DIGI
- Digoxin Serum DIGO
- Lithium Serum LITH
- Carbamazepin Serum CARB
- Phenobarbital Serum PHEN
- Valproinsäure Serum VALP
- Phenytoin Serum DIPH
- Amiodaron EDTA AMIO
- Theophyllin Serum THEO
- Gentamycin Serum GENT

Sonstige

- CRP quant. Serum CRPQ
- Ferritin Serum FERR
- Vitamin B12 Serum V112
- Folsäure Serum FOLS
- Kreatinin-Clearance Serum/24h Urin CLEA
- Transferrin Serum TRFE

weitere Untersuchungen:

Die angeforderten Laborleistungen werden in einem Labor-MVZ durch die dort angestellten Ärzte erbracht. Ich willige in die hiermit verbundene Erhebung, Verarbeitung, Nutzung und Übermittlung der für die Erbringung der Leistung erforderlichen personenbezogenen Daten ein. Ich willige ein, dass mit den entsprechenden Untersuchungen befassete Ärzte diese Daten zum Zwecke der gemeinsamen Befunderstellung, Befundauswertung sowie konsiliarischen Verständigung verwenden. Die Einwilligung bezieht sich auch auf die evtl. erforderliche Weiterüberweisung einzelner Laborleistungen.

Datum _____ Unterschrift _____

*) 24h Urin mit Salzsäurezusatz

**) Citratplasma gefroren

***) Einverständniserklärung Gendiagnostik erforderlich