

Patientendaten

Labor Schottdorf MVZ GmbH

Gynäkeo-endokrine-u. Fertilitätsdiagnostik

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



Abnahmedatum

Abnahmezeit

T T M M J J h h m m

Gewicht: Größe: SSW: Zyklusstag: Follikel: Vorbefund Lab.-Nr.:

(Verd.-) Diagnose/Anamnese/Symptome/klin. Befund/bisherige Therapie/Medikamente:

Arztstempel und Unterschrift überw. Arzt

Zyklusstörungen

- GYZ1 Oligo-/Amenorrhoe, Polymenorrhoe, Meno/Metrorrhagie (Tag 3-5)**
Östradiol, FSH, LH, Testosteron, Cortisol, Androstendion, SHBG, DHEA-S, Prolaktin, TSH
- Fakultativ: AMH, Inhibin B¹
- GYZ2 Lutealkontrolle (Tag 7 nach Ovulation)**
Progesteron, Östradiol
- GYZ3 Blutungsneigung-Screening²**
Quick, PTT, von-Willebrand-Diagnostik
- GYZ4 Thrombophilie-Screening²**
Antithrombin III, APC-Resistenz, Protein C, Protein S

Fertilitätsstörungen

- GYF1 Ovarielle Sterilität (Tag 3-5)**
Östradiol, FSH, LH, Testosteron, DHEA-S, Androstendion, SHBG, Prolaktin, TSH, Cortisol, Glucose, Insulin¹, Sperma-Ak, AMH
- GYF2 Stimulation (Tag 10, 12, 14)**
LH, Östradiol
- GYF3 Lutealkontrolle (Tag 7 nach Ovulation)**
Progesteron, Östradiol
- GYF4 Habituelle Aborte**
APC-Resistenz², Antithrombin III², Protein C², Protein S², TPO-Ak, Lupus Antikoagulans², Cardiolipin-Ak, Beta-2-Glykoprotein 1-Ak
- GYF5 Frühgravidität**
beta-HCG, Progesteron, Östradiol

Sonstige

- GYS1 Anorexia nervosa**
LH, FSH, Östradiol, TSH, fT3, fT4, Cortisol, Prolaktin, SHBG, Leptin, IGF-1, HGH
- GYS2 Libidostörung**
TSH, Prolaktin, DHEA-S
- GYS3 Mastodynie, Galaktorrhoe (Tag 21)**
Prolaktin, TSH, Östradiol, Progesteron
- GYS4 Prämenstruelles Syndrom (PMS)**
Östradiol, Progesteron, Prolaktin, TSH, Calcium, Magnesium, Vitamin B6³
- GYS5 Schilddrüsen-Profil**
TSH, fT3, fT4, TPO-Ak (bei Verdacht auf Autoimmunthyreoiditis)
- TSH-Rezeptor-Ak (zur Diagnose des Morbus Basedow)

Androgenisierung

- GYA1 PCO (Tag 3-5)**
LH, FSH, Östradiol, AMH, Androstendion, DHEA-S, 17-OH-Progesteron, Testosteron, SHBG, Cortisol, Insulin²+Glucose⁵ (HOMA⁵), Prolaktin, TSH
- Fakultativ: TPO-Ak, Proinsulin intakt⁴, HbA1c³
- GYA2 Nebennierenrinde**
17-OH-Progesteron, Cortisol, Testosteron, Androstendion, DHEA-S, SHBG
- GYA3 Hirsutismus und Akne (Tag 3-5)**
Testosteron, Androstendion, DHEA-S, SHBG, AMH
- GYA4 Alopezie**
Testosteron, Androstendion, DHEA-S, SHBG, FAI, TSH, Ferritin, Östradiol, Cortisol

Menopause

- GYM1 Screening**
AMH, Östradiol, FSH, LH
- Fakultativ: Östron (bei Adipositas)
- GYM2 Osteoporoserisiko**
AP, Calcium, Vitamin D (25-OH), Parathormon intakt⁴

Einzelanforderungen

- FSH
- LH
- Östradiol
- Progesteron
- Testosteron gesamt
- SHBG
- DHT
- Androstendion
- DHEA-S
- Cortisol
- Prolaktin
- AMH
- Insulin¹
- HOMA⁵
- Insulin+Glucose
- TSH
- fT3
- fT4
- TPO-Ak
- TRAK
- HCG

Sonstige 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 befasste 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 _____

¹ Serum gefroren
² Citratplasma gefroren
³ EDTA-Blut
⁴ EDTA-Plasma
⁵ NaF-Blut