

Patientendaten



**LABOR
AUGSBURG MVZ**
Ihr Labor - Kompetenz & Service

**Gynäko-endokrine-u.
Fertilitätsdiagnostik**

Name, Vorname, Anschrift des Patienten

geb. am

Labor Augsburg 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

Hier bitte Arzt/Patientenbarcode aufbringen



Tagesnummernbarcode



Geschlecht

Abnahmedatum

Abnahmezeit



Gewicht:	Größe:	SSW:	Zyklustag:	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)** 1 x Se
Östradiol, FSH, LH, Testosteron, Cortisol, Androstendion, SHBG, DHEA-S, Prolaktin, TSH
- Fakultativ: AMH, Inhibin B 1 x Se gefr.
- GYZ2 Lutealkontrolle (Tag 7 nach Ovulation)** 1 x Se
Progesteron, Östradiol
- GYZ3 Blutungsneigung-Screening** 1 x CP gefr.
Quick, PTT, von Willebrand-Diagnostik
- GYZ4 Thrombophilie-Screening** 1 x CP gefr.
Antithrombin III, APC-Resistenz, Protein C, Protein S

Fertilitätsstörungen

- GYF1 Ovarielle Sterilität (Tag 3-5)** 1 x Se, 1 x NaF
Östradiol, FSH, LH, Testosteron, DHEA-S, Androstendion, SHBG, Prolaktin, TSH, Cortisol, Insulin+Glucose (HOMA-Index), Sperma-Ak, AMH
- GYF2 Stimulation (Tag 10, 12, 14)** 1 x Se
LH, Östradiol
- GYF3 Lutealkontrolle (Tag 7 nach Ovulation)** 1 x Se
Progesteron, Östradiol
- GYF4 Habituelle Aborte** 1 x Se, 1 x CP gefr.
APC-Resistenz, Antithrombin III, Protein C, Protein S, TPO-Ak, Lupus-Antikoagulans, Cardiolipin-Ak, Beta-2-Glykoprotein 1-Ak
- GYF5 Frühgravidität** 1 x Se
beta-HCG, Progesteron, Östradiol

Menopause

- GYM1 Screening** 1 x Se
AMH, Östradiol, FSH, LH
- Fakultativ: Östron (bei Adipositas) 1 x Se
- GYM2 Osteoporoserisiko** 1 x Se, 1 x EP
AP, Calcium, Vitamin D (25-OH), Parathormon intakt

Androgenisierung

- GYA1 PCO (Tag 3-5)** 1 x Se, 1 x NaF
LH, FSH, Östradiol, AMH, Androstendion, DHEA-S, 17-OH-Progesteron, Testosteron, SHBG, Cortisol, Insulin+Glucose (HOMA-Index), Prolaktin, TSH
- Fakultativ: TPO-Ak, Proinsulin intakt, HbA1c 1 x Se, 1 x EP, 1 x EB
- GYA2 Nebennierenrinde** 1 x Se
17-OH-Progesteron, Cortisol, Testosteron, Androstendion, DHEA-S, SHBG
- GYA3 Hirsutismus und Akne (Tag 3-5)** 1 x Se
Testosteron, Androstendion, DHEA-S, SHBG, AMH
- GYA4 Alopezie** 1 x Se
Testosteron, Androstendion, DHEA-S, SHBG, FAI, TSH, Ferritin, Östradiol, Cortisol

Sonstige

- GYS1 Anorexia nervosa** 1 x Se
LH, FSH, Östradiol, TSH, fT3, fT4, Cortisol, Prolaktin, SHBG, Leptin, IGF-1, GHG
- GYS2 Libidostörung** 1 x Se
TSH, Prolaktin, DHEA-S
- GYS3 Mastodynie, Galaktorrhoe (Tag 21)** 1 x Se
Prolaktin, TSH, Östradiol, Progesteron
- GYS4 Prämenstruelles Syndrom (PMS)** 1 x Se, 1 x EB
Östradiol, Progesteron, Prolaktin, TSH, Calcium, Magnesium, Vitamin B6
- GYS5 Schilddrüsen-Profil** 1 x Se
TSH, fT3, fT4, TPO-Ak (bei Verdacht auf Autoimmunthyreoiditis)
- TSH-Rezeptor-Ak (zur Diagnose des Morbus Basedow) 1 x Se

Einzelanforderungen

- | | | |
|---|---|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> FSH | <input type="checkbox"/> Androstendion | <input type="checkbox"/> TSH |
| <input type="checkbox"/> LH | <input type="checkbox"/> DHEA-S | <input type="checkbox"/> fT3 |
| <input type="checkbox"/> Östradiol | <input type="checkbox"/> Cortisol | <input type="checkbox"/> fT4 |
| <input type="checkbox"/> Progesteron | <input type="checkbox"/> Prolaktin | <input type="checkbox"/> TPO-Ak |
| <input type="checkbox"/> Testosteron gesamt | <input type="checkbox"/> AMH | <input type="checkbox"/> TRAK |
| <input type="checkbox"/> SHBG | <input type="checkbox"/> Insulin | <input type="checkbox"/> HCG |
| <input type="checkbox"/> DHT | <input type="checkbox"/> HOMA (Insulin+Glucose) | |

Ich bin damit einverstanden, dass die angeforderten Leistungen in einem Labor der Laborgruppe Augsburg (die Labore sind oben genannt) durchgeführt werden und meine personenbezogenen Daten in diesem Zusammenhang an die Laborgruppe weitergegeben und dort verarbeitet werden. Diese Einwilligung umfasst auch eine Weiterüberweisung an kooperierende Labore mit Spezialdiagnostik (Liste einsehbar unter www.labor-augsburg-mvz.de/diagnostik/fremdlabore) sowie den konsiliarischen Austausch der behandelnden Ärzte untereinander. Die Leistungen werden privatärztlich nach GOÄ liquidiert und sind von mir unabhängig von der Erstattung durch meine private Krankenversicherung zu begleichen.

Datum _____ Unterschrift Patientin _____

- _____
 - _____
 - _____
- Se Serum EB EDTA-Blut NaF NaF-Blut
CP Citrat-Plasma EP EDTA-Plasma