

# PRIVAT



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

# Anforderungsschein Orthopädie

Labor Augsburg MVZ GmbH  
MVZ Labor Bochum MLB 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



Geschlecht

Rechnungsstellung an:

Patient  \*Einsender  BG  Befund:  2-fach

Abnahmedatum

T T M M J J

Abnahmezeit

h h m m

\*nur für Studien, arbeitsmedizinische Untersuchungen und Gutachten

zusätzliche Angaben

Diagnose / Verdachtsdiagnose

Arztstempel und Unterschrift überw. Arzt

## Osteoporose

### Basisparameter

- Alkalische Phosphatase Serum
- Calcium Serum
- Elektrophorese Serum
- $\gamma$ -GT Serum
- Kreatinin Serum
- Phosphat Serum
- TSH basal Serum
- Vitamin D (25-OH) Serum

### Erweiterungsdiagnostik

- Cortisol Serum
- Dexamethason-Hemmtest Serum (Cortisol 1+2)
- FSH Serum
- Östradiol Serum
- freie Leichtketten Serum
- Immunfixation Serum
- Parathormon intakt EDTA-Plasma
- Testosteron gesamt Serum
- Vitamin D (1,25 Dihydroxy) Serum

### Knochenstoffwechsel

#### Knochenaufbau:

- Knochen-AP (BAP) Serum
- Osteocalcin Serum gefr.
- Prokollagen I - N-terminales Propeptid (PINP) Serum

#### Knochenabbau:

- Pyridinolin-Crosslinks Urin lichtgesch.
- Desoxypyridinolin-Crosslinks Urin lichtgesch.
- TRAP 5b Serum gefr.
- C-terminales Telopeptid EDTA-Plasma

## Punktatdiagnostik

- Sediment 0,5 ml Punktat
- Zellart / Zellzahl 3 ml Punktat im EDTA-Röhrchen
- klin. chem. Untersuchungen 3 ml Punktat im Punktat  
Viskosität, Gesamteiweiß, Harnsäure, LDH, RF quantitativ, CRP quantitativ, Lactat, Glukose
- Pathogene Keime im Punktat in sterilem Gefäß
- Tuberkulose-Diagnostik Punktat in sterilem Gefäß
- Borrelien-PCR Punktat in sterilem Gefäß

## Entzündung

- Blutbild, groß EDTA-Blut
- Blutsenkung EDTA-Blut
- CRP quantitativ Serum

## Rheumat. Arthritis

- RF IgM Serum
- RF IgA Serum
- RF IgG Serum
- CCP-Ak Serum
- MCV-Ak Serum

## Arthritis infektiös / reaktiv

- ASL quantitativ Serum
- Anti-DNase B Serum
- Antihyaluronidase Serum
- Anti-Staphylolysin Serum
- Borrelien Ak Serum
- Chlamydia trachomatis Ak Serum
- Campylobacter Ak Serum
- Parvovirus B19 Ak Serum
- Salmonellen Ak Serum
- Shigellen Ak Serum
- Yersinien Ak Serum

## M. Bechterew Gendiagnostik

- HLA-B27 \* EDTA-Blut

## Kollagenose

- ANA, dsDNS, ENA Serum
- Cardiolipin-Ak Serum
- C3, C4 Serum

## Myositis / Myasthenie

- AChRA Serum
- MuSK-Ak Serum
- Jo-1 Serum
- Myositis-Blot Serum
- CK gesamt Serum
- Myoglobin Serum

## Thrombophilie

- Thromboserisiko I
  - Antithrombin III Citrat-Plasma
  - Protein C Citrat-Pl. gefr.
  - Protein S Citrat-Pl. gefr.
  - APC-Cofaktor Citrat-Pl. gefr.
  - Lupusantikoagulans Citrat-Pl. gefr.
  - Homocystein NaF-Blut
- Thromboserisiko II
  - Faktor VIII Citrat-Pl. gefr.
  - Prothrombin-Mutation \* EDTA-Blut
  - Cardiolipin-Ak Serum
  - $\beta$ -2 Glykoprotein-1 Ak Serum

## Malignome / Metastasen

### Plasmozytom

- Immunfixation Serum
- Leichtketten im Serum Serum
- $\beta$ -2-Mikroglobulin Serum

### Prostata-Ca

- PSA Serum

### Mamma-Ca

- CA 15-3, CEA Serum

### Schilddrüsen-Ca

- humanes Thyreoglobulin Serum

### Lungen-Ca

- CYFRA 21-1 Serum
- CEA Serum
- pro GRP Serum

## Andere Untersuchungen

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

\* Einverständniserklärung Gendiagnostik erforderlich!

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](http://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 Patient/in \_\_\_\_\_