

PRIVAT

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

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: /

Station: _____

bei ambulanten Patienten bitte Überweisungsschein

Hormone und Metabolite		
Schilddrüse / Nebenschilddrüse		
<input type="checkbox"/>	FT3	Serum FT3.
<input type="checkbox"/>	FT4	Serum FT4.
<input type="checkbox"/>	TSH	Serum TSH5
<input type="checkbox"/>	TSH stim.	Serum TSH6
<input type="checkbox"/>	Thyreoglobulin-Ak (TAK)	Serum SDTH
<input type="checkbox"/>	Thyreidea-Peroxidase-Ak	Serum TPO.
<input type="checkbox"/>	TSH-Rezeptor-Ak (TRAK)	Serum TSRE
<input type="checkbox"/>	Parathormon intakt	EDTA-Pl. PTHI

Nebenniere und Gonadenfunktion		
<input type="checkbox"/>	Katecholamine	24h Urin* KACH
<input type="checkbox"/>	Metanephrine	24h Urin* META
<input type="checkbox"/>	Cortisol	Serum COR1
<input type="checkbox"/>	Cortisol-Profil	Serum COR1-6
<input type="checkbox"/>	DHEA-Sulfat	Serum DHES
<input type="checkbox"/>	Testosteron gesamt	Serum TESH
<input type="checkbox"/>	FSH	Serum F.H.
<input type="checkbox"/>	LH	Serum L.H.
<input type="checkbox"/>	Prolaktin	Serum PROL
<input type="checkbox"/>	Östradiol	Serum OSTA
<input type="checkbox"/>	Progesteron	Serum PROG
<input type="checkbox"/>	SHBG	Serum SHBG
<input type="checkbox"/>	Aldosteron	EDTA ALSS
<input type="checkbox"/>	Aldosteron-Renin-Quot.	EDTA-Pl. ALDQ
<input type="checkbox"/>	ACTH	EDTA-Pl. ACTH

Tumormarker		
<input type="checkbox"/>	CA 19-9	Serum CA19
<input type="checkbox"/>	CA 15-3	Serum CA15
<input type="checkbox"/>	CA 125	Serum CA12
<input type="checkbox"/>	CA 72-4	Serum CA72
<input type="checkbox"/>	CEA	Serum CEA
<input type="checkbox"/>	β-HCG	Serum HCGT
<input type="checkbox"/>	NSE	Serum NSE
<input type="checkbox"/>	CYFRA 21-1	Serum CYFR
<input type="checkbox"/>	α-1-Fetoprotein	Serum FETO
<input type="checkbox"/>	PSA	Serum PSA
<input type="checkbox"/>	PLAP	Serum PLAQ

Immundiagnostik		
zelluläre / humorale Abwehr		
<input type="checkbox"/>	C3-Komplement	Serum KOM3
<input type="checkbox"/>	C4-Komplement	Serum KOM4
<input type="checkbox"/>	IgG, IgA, IgM	Serum IMGL
<input type="checkbox"/>	IgE	Serum IGE
<input type="checkbox"/>	Immunstatus standard	EDTA LYIS
<input type="checkbox"/>	Immundefixation	Serum IMF1
<input type="checkbox"/>	Immunelektrophorese	24h Urin IMEU
<input type="checkbox"/>	Freie Leichtketten	Serum FKKS/FLKS

Autoimmunerkrankungen		
<input type="checkbox"/>	ANA (Anti-nukleäre Ak)	Serum IM01
<input type="checkbox"/>	ANCA (Cytoplasmatische-Ak)	Serum IM33
<input type="checkbox"/>	Anti-DNS-Ak	Serum DNAE
<input type="checkbox"/>	Cardiolipin-Ak	Serum CAAK
<input type="checkbox"/>	ENA-Screening	Serum ENAS
<input type="checkbox"/>	Anti-mitochondriale-Ak	Serum IM04
<input type="checkbox"/>	HLA B27***	EDTA HLA
<input type="checkbox"/>	RF-quantitativ	Serum RFQU

Infektionsserologie		
<input type="checkbox"/>	LUES (TPHA)	Serum TPHA
<input type="checkbox"/>	HIV	Serum HIVDUO
<input type="checkbox"/>	EBV	Serum EPBA
<input type="checkbox"/>	Borrelie	Serum LYME
<input type="checkbox"/>	Toxoplasmose	Serum TOXO
<input type="checkbox"/>	Zytomegalie (CMV)	Serum ZYTE
<input type="checkbox"/>	Herpes simplex I/II	Serum HERE/P
<input type="checkbox"/>	Varicella-Zoster-Ak	Serum VARE
<input type="checkbox"/>	Antistreptolysin	Serum ASTA
<input type="checkbox"/>	Chlamydia trach.-Ak	Serum CHLA

Gerinnung		
<input type="checkbox"/>	Antithrombin III (AT III)	Citrat-Pl. ANTH
<input type="checkbox"/>	APC-Cofaktor	Citrat-Pl.** APCC
<input type="checkbox"/>	Protein C	Citrat-Pl.** PRCA
<input type="checkbox"/>	Protein S	Citrat-Pl.** PRTS
<input type="checkbox"/>	Lupus Antikoagulans	Citrat-Pl.** LUPU
<input type="checkbox"/>	D-Dimer	Citrat-Pl. DIME

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

Medikamente		
<input type="checkbox"/>	Digitoxin	Serum DIGI
<input type="checkbox"/>	Digoxin	Serum DIGO
<input type="checkbox"/>	Lithium	Serum LITH
<input type="checkbox"/>	Carbamazepin	Serum CARB
<input type="checkbox"/>	Phenobarbital	Serum PHEN
<input type="checkbox"/>	Valproinsäure	Serum VALP
<input type="checkbox"/>	Phenytoin	Serum DIPH
<input type="checkbox"/>	Amiodaron	EDTA AMIO
<input type="checkbox"/>	Theophyllin	Serum THEO
<input type="checkbox"/>	Gentamycin	Serum GENT

Sonstige		
<input type="checkbox"/>	CRP quant.	Serum CRPQ
<input type="checkbox"/>	Ferritin	Serum FERR
<input type="checkbox"/>	Vitamin B12	Serum V112
<input type="checkbox"/>	Folsäure	Serum FOLS
<input type="checkbox"/>	Kreatinin-Clearance	Serum/24h Urin CLEA
<input type="checkbox"/>	Transferrin	Serum TRFE

weitere Untersuchungen:

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 Patient/in _____

*) 24h Urin mit Salzsäurezusatz
**) Citratplasma gefroren
***) Einverständniserklärung Gendiagnostik erforderlich