

Anforderungsschein Internistische Endokrinologie

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kostenträgererkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

 Kurativ Präventiv

Praxisauftragskennung

 Hier bitte sorgfältig
Barcode-Etikett einkleben!

 Praxis

 ggf. Kennziffer _____ Quartal _____
 Geschlecht Kontrolle/Infektion W M

 Abnahmedatum _____ Abnahmezeit _____

Laborauftragskennung

 bitte freilassen

MEDLAB
 Arnold Analytik MVZ GmbH
 Würzburg

 Befundübermittlung Tel-Nr. _____
 eilt, nachrichtlich an Fax-Nr. _____

Diagnose

Klinische Angaben / Fragestellung / Medikation

Hypophyse <input type="checkbox"/> Raumforderung Hypophyse <input type="checkbox"/> Akromegalie <input type="checkbox"/> Prolaktinom <input type="checkbox"/> Wachstumsstörung <input type="checkbox"/> Diabetes insipidus Gonaden <input type="checkbox"/> Amenorrhoe/Oligomenorrhoe <input type="checkbox"/> Kinderwunsch <input type="checkbox"/> Hirsutismus/Akne/Alopezie <input type="checkbox"/> Klimakterische Symptome <input type="checkbox"/> Erektile Dysfunktion <input type="checkbox"/> Gynäkomastie <input type="checkbox"/> Transsexualität	Nebenniere <input type="checkbox"/> Raumforderung Nebenniere <input type="checkbox"/> Hypokortisolismus <input type="checkbox"/> Hypertonie <input type="checkbox"/> Hypokaliämie <input type="checkbox"/> Paroxysmale Beschwerden Osteoporose/Calcium <input type="checkbox"/> Osteoporose <input type="checkbox"/> Hypercalcämie <input type="checkbox"/> Hypocalcämie Autoimmunität <input type="checkbox"/> Glutenfreie Diät Schilddrüse <input type="checkbox"/> Struma / Knoten <input type="checkbox"/> Z. n. KM Exposition	Zyklustag ____/____ Größe _____ cm Gewicht _____ kg Medikation: _____ _____ _____ Menge 24h Urin _____ L
---	--	---

Stempel / Unterschrift

Hypophyse		
ACTH ^N		ep
Cortisol ^N		s
TSH, fT4, fT3		s
LH,FSH, Östradiol ^F		s
LH,FSH, Testosteron ^N		s
Prolaktin		s
IGF-1, IGF-BP3		s
Na, K, Creatinin		s
Na, Osmolalität Urin		u
Gonaden		
LH, FSH ^F		s
Östradiol ^F		s
Testosteron ^N		s
SHBG		s
Prolaktin		s
AMH		s
Progesteron		s
17-OH Progesteron ^F		s
Androstendion		s
Nebenniere		
ACTH ^N		ep
Cortisol ^N		s
Renin, Aldosteron ^N		ep
DHEA-S		s
Na, K, Kreatinin		s
Nor-/Metanephrine ^N		ep
Metanephrine im Urin		24

Fettstoffwechsel		
Chol, LDL, HDL, Tri ^N		s
Lipoprotein (a)		s
GOT, GPT, γ-GT, CK		s
TSH, Albumin		s
Diabetes mellitus		
HbA1 _C		eb
Glucose ^N		nf
Insulin ^N (HOMA-IR)		s
C-Peptid ^N		s
GAD/IA-2-AK		s
Insulin-AK (IAA)		s
Albumin / Kreat. Ratio		u
Osteoporose/Calcium		
Ca, Phosphat, Albumin		s
AP, γ-GT, GOT, GPT		s
Na, K, Kreatinin		s
PTH		ep
25-OH-Vitamin D3		s
1,25-OH-Vitamin D3		s
Serumelektrophorese		s
Ostase		s
Osteocalcin		s
Crosslaps		s
Desoxypyridinolin		u

Autoimmunität		
Vitamin B12		s
Homocystein		hy
Parietalzell-AK		s
GAD/IA-2-AK		s
Ferritin, CRP		s
Transglutaminase AK		s
Gliadin AK		s
Gesamt IgA		s
ACTH ^N		ep
Cortisol ^N		s
Schilddrüse		
TSH, FT3, FT4		s
MAK (TPO-AK)		s
TSH-Rezeptor AK		s
Thyreoglobulin		s
Thyreoglobulin AK		s
Calcitonin		s
Gynäkomastie s. Gonaden		
AFP, β HCG		s
Haarausfall s. Gonaden		
Biotin, Ferritin		s
Zink, Selen		s
Karzinoid		
5-OH-Indolessigsäure		24
Chromogranin A		s

FUNKTIONSTESTS		
ACTH-Stimulationstest		
Cortisol nach 60 Min.		s
17-OH-Progesteron nach 60 min		s
Dexamethason-Hemmtest		
Cortisol, ACTH		s

Weiteres		

Bemerkung

s=Serum, nf=NaFluorid-Plasma, cp= Citratplasma, ep= EDTA Plasma, eb= EDTA Blut, hy=Homozystein-Plasma
 u=Urin, 24=24h Sammelurin, ^N nüchtern am Morgen, ^F frühe Follikelphase