

Patienten-Daten

Name, Vorname des Patienten, Adresse geb. am

UNTERSUCHUNGS-AUFTRAG
Gynäkologen / Ersttrimestertest

Nr. 213632

MVZ Laborzentrum Ettlingen GmbH

Otto-Hahn-Straße 18 • 76275 Ettlingen • Tel. 07243 516-304 • Fax 07243 516-393

Bitte dieses Feld
nicht bekleben,
nur für laborinternen Barcode!

Rechnung an:

Privatpatientin

Probenmaterial:

Diagnose:

Abnahme-Datum/-Uhrzeit:

Bitte hier Arztstempel und Unterschrift

Material: Abstr. = Abstrich, E = EDTA-Blut, F = Fluorid, H = Heparin, S = Serum
St = Stuhl, U = Urin

Bitte gewünschte Untersuchungen ankreuzen!

Bitte folgende Angaben ausfüllen

Patientin schwanger? ja nein SSW: _____

Nackentransparenz (NT): _____

Scheitelsteißlänge (SSL): _____

Gewicht (kg) _____

Raucherin ja _____ nein _____

Kaukasierin ja _____ nein _____

Ersttrimestertest:

PAPP-A und β -HCG (freie β -Kette)

S

Ein Vorteil des **Ersttrimestertests** liegt darin, dass er früh (**zwischen 11+1 und 13+6 Schwangerschaftswochen**) durchführbar ist.

Allgem. Labordiagnostik	Mat.	Hormone	Mat.	Infektionsdiagnostik	Mat.	Mineralstoffe / Vitamine	Mat.
<input type="checkbox"/> Adiponectin	S	<input type="checkbox"/> Androstendion	S	<input type="checkbox"/> Chlamydien-Serologie	S	<input type="checkbox"/> Kalium / Blut	H
<input type="checkbox"/> Anti-Müller-Hormon	S	<input type="checkbox"/> Cortisol	S	<input type="checkbox"/> Epstein-Barr-Virus	S	<input type="checkbox"/> Magnesium / Blut	H
<input type="checkbox"/> Antioxidative Kapazität	S	<input type="checkbox"/> DHEA-S	S	<input type="checkbox"/> Helicobacter pylori-Serologie	S	<input type="checkbox"/> Mangan / Blut	H
<input type="checkbox"/> Blutgruppe(richtlinienkonform)	E	<input type="checkbox"/> DHEA, frei	S	<input type="checkbox"/> Hepatitis-Serologie	S	<input type="checkbox"/> Selen / Blut	H
<input type="checkbox"/> Cholesterin	S	<input type="checkbox"/> Dihydrotestosteron	S	<input type="checkbox"/> Hepatitis A (AHAV)	S	<input type="checkbox"/> Zink / Blut	H
<input type="checkbox"/> Coenzym Q10	S	<input type="checkbox"/> FSH	S	<input type="checkbox"/> HBS Antigen	S	<input type="checkbox"/> Beta-Carotin	S
<input type="checkbox"/> CRP, sensitiv	S	<input type="checkbox"/> LH	S	<input type="checkbox"/> Hepatitis B (AHBS)	S	<input type="checkbox"/> Vitamin A	S
<input type="checkbox"/> Ferritin	S	<input type="checkbox"/> Estradiol (E2)	S	<input type="checkbox"/> Hepatitis C (AHCV)	S	<input type="checkbox"/> Vitamin B1 / Blut	E
<input type="checkbox"/> Glukose	F	<input type="checkbox"/> Progesteron	S	<input type="checkbox"/> Herpes simplex 1,2	S	<input type="checkbox"/> Vitamin B2 / Blut	E
<input type="checkbox"/> HbA1c	E	<input type="checkbox"/> Prolaktin	S	<input type="checkbox"/> HIV-I/II-Kombitest	S	<input type="checkbox"/> Niazin (Vit. B3)	S
<input type="checkbox"/> HDL	S	<input type="checkbox"/> SHBG	S	<input type="checkbox"/> HPV "high risk" (PCR)	Abstr.	<input type="checkbox"/> Pantothensäure (Vit. B5)	S
<input type="checkbox"/> Holotranscobalamin	S	<input type="checkbox"/> Testosteron, ges.	S	<input type="checkbox"/> Lues-Serologie	S	<input type="checkbox"/> Vitamin B6	S
<input type="checkbox"/> Homocystein	S			<input type="checkbox"/> Masern-IgG	S	<input type="checkbox"/> Folsäure (Vit. B9)	S
<input type="checkbox"/> LDL	S	Schilddrüse		<input type="checkbox"/> Mumps-IgG	S	<input type="checkbox"/> Vitamin B12	S
<input type="checkbox"/> Lipoprotein (a)	S	<input type="checkbox"/> FT3	S	<input type="checkbox"/> Mykoplasmen	S	<input type="checkbox"/> Vitamin C	S
<input type="checkbox"/> Malondialdehyd	Sgefr.	<input type="checkbox"/> FT4	S	<input type="checkbox"/> Pertussis-AK	S	<input type="checkbox"/> Vitamin E	S
<input type="checkbox"/> Methylmalonsäure	S	<input type="checkbox"/> TAK	S			<input type="checkbox"/> Biotin (Vitamin H)	S
<input type="checkbox"/> OHDG	Ugefr.	<input type="checkbox"/> TPO	S	Mutterschaftsvorsorge		„Leaky Gut“-Diagnostik	
<input type="checkbox"/> ox. LDL	S	<input type="checkbox"/> TRAK	S	<input type="checkbox"/> Antikörpersuchtest	S	<input type="checkbox"/> „Leaky Gut“ - Profil	S
<input type="checkbox"/> Quecksilber	U	<input type="checkbox"/> TSH basal	S	<input type="checkbox"/> MuVo-Erstuntersuchung	S,E	(Zonulin + 24 Nahrungsmittelantigene)	
<input type="checkbox"/> Transferrinsättigung	S			<input type="checkbox"/> Chlamydia trachom.-DNA	Abstr.	<input type="checkbox"/> Zonulin	S,St
<input type="checkbox"/> Lösl. Transferrin-Rez.	S	Tumormarker		<input type="checkbox"/> Cytomegalie (CMV)-AK	S	<input type="checkbox"/> Firmicutes/Bacteroidetes	St
<input type="checkbox"/> Triglyceride	S	<input type="checkbox"/> AFP	S	<input type="checkbox"/> Listerose	S	-Ratio (FiBa-Ratio)	
Knochenstoffwechsel		<input type="checkbox"/> CA 125	S	<input type="checkbox"/> Parvovirus-AK	S	<input type="checkbox"/> Blut im Stuhl, immunol.	St
<input type="checkbox"/> Crosslaps	S	<input type="checkbox"/> CA 15-3	S	<input type="checkbox"/> Röteln-AK	S	<input type="checkbox"/> Hämoglob.-Haptogl.-Kompl.	St
<input type="checkbox"/> ICTP	S	<input type="checkbox"/> CA 19-9	S	<input type="checkbox"/> Toxoplasmose-AK	S		
<input type="checkbox"/> Ostase	S	<input type="checkbox"/> CEA	S	<input type="checkbox"/> Varizella-Zoster-IgG	S	<input type="checkbox"/> Sonstiges:	
<input type="checkbox"/> Parathormon intakt	S,E	<input type="checkbox"/> M2PK	E	<input type="checkbox"/> hämolysierende Streptokokken B	S		
<input type="checkbox"/> 1.25-Di-OH-Vit. D	S	<input type="checkbox"/> NMP22 (Spezialgefäß)	U	<input type="checkbox"/> Irreguläre Antikörper	S		
<input type="checkbox"/> 25-OH-Vitamin D	S	<input type="checkbox"/> p53-AK	S				

Nur für Rechnung an Patienten!

Ich beauftrage das MVZ Laborzentrum Ettlingen GmbH mit der Durchführung der oben beantragten laborärztlichen Leistungen. Mir ist bekannt, dass ich diese vorgenannten Leistungen privat nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zu bezahlen habe.

Datum

Unterschrift Patient/in