

## Laborauftrag

Arzt: Stempel und Unterschrift

Name des Versicherten: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geb. am: \_\_\_\_\_

- Schnellbefund** erwünscht  
(z. B. Schwangerschaft, hMG-Therapie)  
Tel.: .....
- Therapiebefundung** erwünscht
- Versandmaterial** erwünscht
- Erstbestimmung**

Infektions-  
gefahr:

Datum  
Blutentnahme  
+ Uhrzeit:

Datum  
Probeneingang:

Labor-Nr.:

(bitte freilassen)

(bitte freilassen)

Interne Abrechnung:  LO  ØR  LX  Abrechnung über Ehepartner

## LP

## SSW

### FRAGESTELLUNG / SYMPTOME

### Gewicht / Größe

### LAUFENDE THERAPIE

- Kinderwunsch**  **prospektiver Kinderwunsch**
- Kontrazeptionswunsch**
- Pubertäts-/Entwicklungsstörungen**
- Hirsutismus**  I°  II°  III°
- Akne  leicht  mittelschwer  schwer
- fettig  intermediär  trocken
- Haarausfall  androgenetisch  diffus
- Virilisierung (schwere androgenisierende Symptomatik, Mammaatrophie, Stimmvertiefung, Muskelhypertrophie, Klitoris hypertrophie)
- Galaktorrhoe** (milchig?)  I°  II°  III°
- Mastodynie**
- punktförmig  diffus
- zyklusabhängig  -unabhängig
- Klimakterium** ?
- keine Beschwerden
- HW für Gestagen-Defizit
- endokrin-vaso-vegetative Symptome
- Osteoporose-Risiko
- Hysterektomie
- ohne Adnexe  mit Adnexe
- Schwangerschaft**
- Mehrlinge  EUG?  Abort?

\_\_\_\_\_ kg

\_\_\_\_\_ cm

unbehandelt

### ZYKLUS

- Normalzyklus
- Oligomenorrhoe
- Oligo-Amenorrhoe
- Amenorrhoe
- Polymenorrhoe
- Meno-Metrorrhagie
- Dysmenorrhoe

- Clomifen, Epimestrol
- Gonadotropine
- pulsatil GnRH
- GnRH-Analagon
- Glukokortikoid
- Dopamin-Agonist
- Östrogen-Gestagen-Substitution
- orales Kontrazeptivum
- Antiandrogen
- Schilddrüsenhormone
- Psychopharmaka
- Sonstiges

### US-Befund:

re. Ovar: \_\_\_\_\_ mm; Follikelzahl \_\_\_\_\_ Follikelgröße \_\_\_\_\_ mm

li. Ovar: \_\_\_\_\_ mm; Follikelzahl \_\_\_\_\_ Follikelgröße \_\_\_\_\_ mm

Ovar Score: -2  -1  0  +1  +2

Endometrium: \_\_\_\_\_ mm

### Sonstiges:

## GEWÜNSCHTE UNTERSUCHUNGEN

- hCG  LH  Testosteron
- Prolaktin basal  FSH  SHBG
- Progesteron  Östradiol  DHEAS
- Cortisol  Anti-Müller-Hormon

- TSH  ft4
- Bereits vorhandene Werte bitte mit Einheit:  
TSH: \_\_\_\_\_ ft4: \_\_\_\_\_

**WICHTIG: (ab 5 Parameter 2 volle Serumröhrchen)**

**Bitte unbedingt beachten !!!!!**

**Für diese Parameter bitte ein Extraröhrchen (voll) mitschicken, da außerhalb bestimmt wird! Besten Dank !**