



Überweisungsschein für Laboratoriums-untersuchungen als Auftragsleistung

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten geb. am

Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Eintrag nur bei Weiterüberweisung!
Betriebsstätten-Nr. des Erstveranlassers Arzt-Nr. des Erstveranlassers

Kurativ Präventiv bei belegärztl. Behandlung Unfall, Unfallfolgen

Auftragsnummer des Labors

Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!

Knappschafts-kennziffer Quartal

Kontrolluntersuchung bekannte Infektion Geschlecht

Behandlung gemäß § 116b SGB V eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

Abnahmedatum Abnahmezeit

T T M M J J h h m m

SSW

Befund eilt, Übermittlung an Telefon Fax Nr. _____

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

V.a. Long-COVID, zur Differentialdiagnostik, Klinische Angaben s. Rückseite

Auftrag

Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt

Muster 10 (10.2020)

Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülerunfällen

Klinische Daten	Nierenbeteiligung	Autoimmunität	Effekte auf das endokrine System
<input type="checkbox"/> Körpergewicht kg	<input type="checkbox"/> Harnstoff S 32065	<input type="checkbox"/> Immunstatus EB (2x32121/2)	Schilddrüse
<input type="checkbox"/> Größe cm	<input type="checkbox"/> Creatinin eGFR S 32066	(Lymphozytentypisierung) 32520/1/2/3/4/5	<input type="checkbox"/> fT3 S 32321
Rückseite bitte beachten!	<input type="checkbox"/> Cystatin C ³ S 32463	<input type="checkbox"/> TNFα ³ SEG 32416	<input type="checkbox"/> fT4 S 32320
Herzbeteiligung	<input type="checkbox"/> Natrium S 32083	<input type="checkbox"/> IL-1β ³ SEG 32416	<input type="checkbox"/> TSH S 32101
<input type="checkbox"/> Troponin T/I S 32416	<input type="checkbox"/> Calcium S 32082	<input type="checkbox"/> löslicher IL2-Rezeptor S 32381	<input type="checkbox"/> TPO-AK (MAK) S 32502
<input type="checkbox"/> NT-pro-BNP S 32097	<input type="checkbox"/> Urin-Status U 32033	<input type="checkbox"/> ANA-Screening S 32490	Gonadotrop
<input type="checkbox"/> Myoglobin S 32450	<input type="checkbox"/> Urin-Sediment U 32031	<input type="checkbox"/> ds-DNS-AK S 32491	<input type="checkbox"/> Östradiol (E2) S 32356
<input type="checkbox"/> Herzmuskel-AK S 32498	Gerinnungsstörungen	<input type="checkbox"/> ANCA S 32496	<input type="checkbox"/> FSH S 32353
Neurologische Beteiligung	<input type="checkbox"/> Quick (TPZ) + INR CB 32113	<input type="checkbox"/> CCP-AK S 32489	<input type="checkbox"/> LH S 32354
<input type="checkbox"/> anti-Acetylcholin-Rez. AK S 32509	<input type="checkbox"/> PTT CB 32112	<input type="checkbox"/> RF S 32461	<input type="checkbox"/> Progesteron S 32357
<input type="checkbox"/> anti-GABA AK S 32505	<input type="checkbox"/> D-Dimere CB 32212	<input type="checkbox"/> Zirk. Immunkomplexe 6x32455	<input type="checkbox"/> Anti-Müller Hormon S 32361
<input type="checkbox"/> anti-NMDA AK S 32505	<input type="checkbox"/> anti-Cardiolipin AK S 3x32503	<input type="checkbox"/> CK ² S 32074	<input type="checkbox"/> Prolaktin S 32355
<input type="checkbox"/> anti-CASPR2 AK S 32505	<input type="checkbox"/> β2-Glykoprotein AK S 2x32505	<input type="checkbox"/> BSG EB 32042	<input type="checkbox"/> Testosteron S 32358
<input type="checkbox"/> anti-MOG AK S 32505	<input type="checkbox"/> Lupus-Antikoagulans (2x32112)	Infektion / Re-Aktivierung	<input type="checkbox"/> SHBG S 32360
<input type="checkbox"/> anti-Myelin AK S 32505	Anämie / Vitamine	<input type="checkbox"/> EBV-Epstein Barr-Virus-AK S (32605/6)	<input type="checkbox"/> Freier Androgen-Index (FAI) S 32358/60
<input type="checkbox"/> anti-GAD AK S 32505	<input type="checkbox"/> Kleines Blutbild EB 32120	(VCA, EA, EBNA-AK) ² 32607/8	(Testosteron, SHBG)
Lungenbeteiligung	<input type="checkbox"/> Ferritin S 32325	<input type="checkbox"/> EBV-Epstein Barr-Virus (PCR) EB 32844	Kortikotrop
<input type="checkbox"/> LDH S 32075	<input type="checkbox"/> Eisen S 32085	<input type="checkbox"/> CMV (Cytomegalie)-AK ² S 32602/3	<input type="checkbox"/> Cortisol S 32367
Entzündung	<input type="checkbox"/> Transferrin S 32106	<input type="checkbox"/> Varizellen-AK S 32629/30	<input type="checkbox"/> ACTH EPG 32412
<input type="checkbox"/> CRP high-sensitive S 32460	<input type="checkbox"/> Transferrinrezeptor S 32455	<input type="checkbox"/> SARS-CoV-2-Antikörper ⁴ S 32641	<input type="checkbox"/> DHEAS S 32369
<input type="checkbox"/> Procalcitonin S 32459	<input type="checkbox"/> Magnesium S 32248	<input type="checkbox"/> Borrelien-AK ² S 2x32586	<input type="checkbox"/> Androstendion S 32387
Leber- / Pankreasbeteiligung	<input type="checkbox"/> Vitamin B12 S 32373	Symbole & Abkürzungen:	
<input type="checkbox"/> GPT/ALAT S 32070	<input type="checkbox"/> Holotranscobalamin S 32381	CB Citrat-Blut	
<input type="checkbox"/> GOT/ASAT S 32069	<input type="checkbox"/> Vitamin D 25-OH S 32413	CF Citrat-Fluorid	
<input type="checkbox"/> Amylase S 32072	Diabetes	EB EDTA-Blut	
<input type="checkbox"/> Lipase S 32073	<input type="checkbox"/> Inselzell-AK S 32500	EPG EDTA-Plasma, gefroren	
<input type="checkbox"/> Bilirubin, gesamt S 32058	<input type="checkbox"/> anti-GAD AK S 32500	SEG Serum, gefroren	
<input type="checkbox"/> Bilirubin, direkt S 32059	<input type="checkbox"/> anti-Tyrosinphosph. AK (IA2) S 32505	S Serum	
<input type="checkbox"/> Alkal. Phosphatase S 32068	<input type="checkbox"/> HbA1c EB 32094	U Urin	
<input type="checkbox"/> γ-GT S 32071	<input type="checkbox"/> Glucose CF 32057		

⁴ = Erfasst Z.n. Impfung / Infektion, z. Zt. keine Aussagen zur Immunität möglich. Eine Testung ohne direkten Bezug zu einer klinischen Covid-19-Symptomatik ist gemäß EBM keine vertragsärztliche Leistung.

² = ggf. Erweiterung / Bestätigung / Immunoblot | ³ = Nur eine Testung ohne medizinische Notwendigkeit ist gemäß EBM keine vertragsärztliche Leistung. **InterMed Service-Formular exklusiv für die Einsender der LADR Labore - Artikel-Nr. 117749 [2022.07/20.000]**

MANUSKRIPT

	Wann?			ja	nein
1. Covid-Erkrankung (mit PCR bestätigt); (Monat/Jahr)	MM / YYYY	Geruchsverlust		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Impfung (Monat/Jahr)		Durchfall		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1. Impfung, welcher Impfstoff? _____	MM / YYYY	Bauchschmerzen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Impfung, welcher Impfstoff? _____	MM / YYYY	4. Begleit- oder Vor-Erkrankungen , aktuell oder in der Vergangenheit			
3. Impfung, welcher Impfstoff? _____	MM / YYYY	Bluthochdruck		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Impfung, welcher Impfstoff? _____	MM / YYYY	Übergewicht		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Aktuelle Symptome seit mind. 4 Wochen	ja	nein	Typ 2-Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronische Müdigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	COPD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leistungsschwäche/Leistungsabfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gedächtnisprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chronische Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atemnot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Chronische Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Erkrankungen des Zentralen Nervensystems (z.B. Enzephalitis, Parkinson)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzschwäche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autoimmunerkrankung (Chron.-entzündliche Darm- erkrankung, Psoriasis, Rheumatoide Arthritis, Lupus, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Gelenkbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Muskelschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Herzinfarkt		Wann? Jahr
Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schlaganfall		Jahr
Schnupfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Periphere, arterielle Verschlusskrankheit (PAVK)		Jahr
Husten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Geschmacksverlust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Krebserkrankung(en), welche? _____		

Hinweis zur wissenschaftlichen, anonymisierten und retrospektiven Datenauswertung:

Die im Rahmen dieser Untersuchung erhobenen Befunde und die Antworten der Befragung werden ohne Namensnennung in einer zentralen Datenbank unter der Führung von LADR in einer wissenschaftlichen Kooperation des LADR Laborverbunds Dr. Kramer & Kollegen mit dem **Inst. für Laboratoriumsmedizin und Pathobiochemie, Molekulare Diagnostik der Philipps-Universität Marburg, Direktor: Prof. Dr. med. Harald Renz**, zusammengefasst und ausgewertet werden.

Diese wissenschaftliche Datenauswertung der in der Routineversorgung medizinisch mit klinischen Angaben indizierten und ärztlich im LADR Facharztlabor angeforderten Laboruntersuchungen wird im Anschluss (retrospektiv) unter der **wissenschaftlichen Leitung von Prof. Dr. med. Jan Kramer** nach der ärztliche Befundmitteilung erfolgen. Eine Publikation der wissenschaftlichen Ergebnisse wird ausschließlich mit anonymen Daten erfolgen.

Der Ethikanzeige (AZ 2022-496) zu dieser retrospektiven epidemiologischen Erhebung wurde von der Ethikkommission der Universität zu Lübeck zugestimmt.