

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

Überweisungsschein für Laboratoriums- untersuchungen als Auftragsleistung

Kurativ Präventiv bei belegärztl. Behandlung Unfall, Unfallfolgen

Auftragsnummer des Labors
Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett ankleben!

Knappschafts-kennziffer

Quartal
Geschlecht

Kontrolluntersuchung bekannte Infektion

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

Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch

Abnahmedatum Abnahmezeit

SSW



Befund eilt, Übermittlung an Telefon Fax Nr. _____

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag



Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülerunfällen

Muster 10 (10.2020)

Sexuell übertragbare Infektionen Labor Lademannbogen

CITO! Befund faxen! SSW Zyklustag

<p>HIV</p> <p><input type="checkbox"/> HIV-Test** \$</p> <p><input type="checkbox"/> HIV-1-RNA EV</p> <p>HEPATITIS B</p> <p><input type="checkbox"/> HBs-Antigen \$</p> <p><input type="checkbox"/> HBc-AK (IgG/IgM) \$</p> <p><input type="checkbox"/> HBs-AK \$</p> <p><input type="checkbox"/> HBV-DNA SEV</p> <p>HEPATITIS C</p> <p><input type="checkbox"/> HCV-AK \$</p> <p><input type="checkbox"/> HCV-RNA SEV</p> <p>STI Multiplex-PCR</p> <p><input type="checkbox"/> STI Multiplex-PCR EU</p> <p><input type="checkbox"/> STI Multiplex-PCR AO</p> <p>erfasste Erreger: Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, Mycoplasma genitalium, Mycoplasma hominis, Ureaplasma urealyticum, Ureaplasma parvum, Trichomonas vaginalis zusätzlich bei Abstrichen: Herpes-simplex-Virus (Typ 1+2)</p> <p>CHLAMYDIEN-INFektion</p> <p><input type="checkbox"/> Chlamydia-trachomatis-DNA AO/EU</p> <p><input type="checkbox"/> Chlamydia-trachomatis-Typisierung (LGV) AO/EU</p> <p><input type="checkbox"/> Chlamydia-trachomatis-AK \$</p> <p>GONORRHOE</p> <p><input type="checkbox"/> Neisseria gonorrhoeae DNA EU/AO/EJ</p> <p><input type="checkbox"/> Neisseria gonorrhoeae Kultur AEJ</p>	<p>GENIT. MYCOPLASMEN / UREAPLASMEN</p> <p><input type="checkbox"/> Mycoplasma-genitalium-DNA AO/EU</p> <p><input type="checkbox"/> Mycoplasma-hominis-DNA AO/EU</p> <p><input type="checkbox"/> Mycoplasma-hominis-Kultur A</p> <p><input type="checkbox"/> Ureaplasma-urealyticum/parvum-DNA AO/EU</p> <p><input type="checkbox"/> Ureaplasma-urealyticum-Kultur A</p> <p>SYPHILIS</p> <p><input type="checkbox"/> TPPA** \$</p> <p><input type="checkbox"/> Cardiolipin-AK \$</p> <p><input type="checkbox"/> Treponema-pallidum-DNA AO</p> <p>HERPES GENITALIS</p> <p><input type="checkbox"/> HSV-DNA AO/BI</p> <p><input type="checkbox"/> HSV-Kultur AO/BI</p> <p><input type="checkbox"/> HSV-1/2-IgG-AK \$</p> <p><input type="checkbox"/> HSV-1/2-IgG-Differenzierung \$</p> <p>PAPILLOMAVIRUS-INFektion</p> <p><input type="checkbox"/> HPV-Screening (high risk) AO/DZ</p> <p><input type="checkbox"/> HPV-Typisierung (high/low-risk) AO/DZ/B</p> <p>ULCUS MOLLE</p> <p><input type="checkbox"/> Haemophilus-ducreyi-Kultur A</p> <p><input type="checkbox"/> Haemophilus-ducreyi-DNA AO</p> <p>GRANULOMA INGUINALE (DONOVANOSIS)</p> <p><input type="checkbox"/> Klebsiella-(Calymatobacterium)-granulomatis-Kultur A</p> <p>WEITERE ERREGER</p> <p><input type="checkbox"/> Trichomonas-vaginalis-Mikroskopie OT</p> <p><input type="checkbox"/> Gardnerella-vaginalis-Kultur A</p>	<p>ENTNAHMEORT ABSTRICH</p> <p><input type="checkbox"/> Vulvaabstrich</p> <p><input type="checkbox"/> Vaginalabstrich</p> <p><input type="checkbox"/> Cervixabstrich</p> <p><input type="checkbox"/> Urethralabstrich</p> <p><input type="checkbox"/> Glansabstrich</p> <p><input type="checkbox"/> Analabstrich</p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>WEITERE UNTERSUCHUNGEN</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--	---	---

Material: A = Abstrich | AO = Abstrich ohne Transportmedium | BI = Biopsie | DZ = Dünnschicht-Zytologie | EJ = Ejakulat | EU = Erstrahurin | EV = EDTA-Vollblut | OT = Objektträger | S = Serum ** ggf. weiterführende Diagnostik

