



# 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

SSW

**Befund eilt**, Übermittlung an  Telefon  Fax Nr. \_\_\_\_\_

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag

Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt

Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülerunfällen

Muster 10 (10.2020)

Zur Abklärung vermuteter Stoffwechseldefizite sind in Abhängigkeit von der Symptomatik und vom Krankheitsbild des betroffenen Patienten die folgenden Untersuchungen erwünscht:  
(bitte Zutreffendes ankreuzen und diese Anforderung oben unter "Auftrag" in den Überweisungsschein eintragen)

Anforderung	Klinische Symptomatik	Anzufordernde Laboranalyse	PM Probematerial
<input type="checkbox"/>	Apnoe, CK-Erhöhung, Encephalopathie, Hypotonie, Hypoglykämie, Hyperammonämie, Hepatopathie, Kardiomyopathie, Reye-Syndrom, Myoglobininurie, <b>SIDS</b> oder <b>ALTE</b> , Geschwister von SIDS-Patienten	Freies Carnitin, Acylcarnitine	<b>TB</b>
<input type="checkbox"/>	Muskelschmerzen, Muskelkrämpfe, z.A. Carnitinpalmityltransferase II Mangel	Freies Carnitin und spezifische Acylcarnitine	<b>S/P</b>
<input type="checkbox"/>	Metab. Azidose, Konsanguinität, Hypotonie, Hypoglykämie, Hyperammonämie, Hepatopathie, Kardiomyopathie, Ketose, Laktatazidose, Makrozephalie, neurologische Symptomatik, Reye-Syndrom, SIDS oder ALTE, Geschwister von SIDS-Patient, Trinkschwäche	Organische Säuren	<b>U</b>
<input type="checkbox"/>	Ataxie, Autismus, Muskelbeschwerden, (Sprach-) Entwicklungsverzögerung, Dysmorphie, Epilepsie / Krampfanfälle, Hyperammonämie, mentale / motorische Retardierung, nephrologische Symptomatik	Multiscan: Aminosäuren, Creatin, Guanidinoacetat	<b>U</b>
<input type="checkbox"/>	Anämie, Autismus, Schläfrigkeit, Nierensteine, Wachstumsstörungen, Autoaggression, rezidiv. Infekte, Mikrozephalie, Minderwuchs, Wachstumsstörung, Muskelschwund, Trinkschwäche	Purine & Pyrimidine	<b>U</b>
<input type="checkbox"/>	Dysmorphie, Osteoporose, Wachstumsprobleme, Skelettdysplasie, Extremitätenanomalie (z.B. Syndaktylie), intersexuelles Genital, psychomotorische Retardierung	Cholesterol + Präkursoren	<b>S</b>
<input type="checkbox"/>	Azidose, Coma, Encephalopathie, v. a. Energiestoffwechselstörung, Hypotonie, Hypoglykämie, Hyperammonämie, Hepatopathie, Krampfereignisse, Neutropenie, nephrologische Auffälligkeiten	Aminosäuren Quantitativ	<b>TB+S+U</b>
<input type="checkbox"/>	Entwicklungsverzögerung, Ataxie, Paresen, Hepatomegalie, ophthalmologische Auffälligkeiten, sensorische Störungen, progrediente neurologische Symptomatik	Überlangkettige Fettsäuren (VLCFA)	<b>S</b>
<input type="checkbox"/>	Anämie, Epilepsie, Thromboseanfälligkeit, Myopie, progrediente psychomotorische Retardierung	Homocystein	<b>T</b>
<input type="checkbox"/>	Vit B6 abhängige Krampfanfälle, Epilepsie	2-AASA /Pipicolinsäure	<b>U</b>

**Abnahme und Versand:**  
**S/P = Serum/Plasma:** Die Blutabnahme vor der Mahlzeit, innerhalb einer Stunde nach Abnahme abzentrifugieren und das den Serum- / Plasmaüberstand einsenden. Versand bei Raumtemperatur.  
**TB = Trockenblut- / Guthriearte:** Blutabnahme vor der Mahlzeit. Mit einer sterilen Einweglanzette die Fingerbeeren einstechen (nach Desinfektion). 2 Kreise voll ausfüllen, Rück- und Vorderseite (gleichmäßig vollgesogen). Betroffene Karten bei Raumtemperatur 3-4 Stunden offen trocknen lassen und dann versenden. Karte nicht in Plastikfolie einpacken!  
**U = Urin:** Abnahme der Urinprobe vor der Mahlzeit. Wenn möglich Konservierung durch 2 Tropfen Chloroform. Versand bei Raumtemperatur.