

Laborauftrag**Arzt: Stempel und Unterschrift**

Name der Versicherten:

Vorname:

Geb. am:

☐ **Hormonanalyse** mit Befundung☐ **Hormonanalyse** ohne Befundung☐ IGeL-LeistungInfektions-
gefahr:Datum
Blutentnahme
+ Uhrzeit:Datum
Probeneingang:

Labor-Nr.:

(bitte freilassen)

(bitte freilassen)

FRAGESTELLUNG / SYMPTOME**Größe / Gewicht****LAUFENDE THERAPIE**

- ☐ **Kinderwunsch** ☐ **prospektiver Kinderwunsch**
☐ **Kontrazeptionswunsch**
☐ **Pubertäts-/Entwicklungsstörungen**
☐ **Hirsutismus** ☐ I° ☐ II° ☐ III°
☐ Akne ☐ leicht ☐ mittelschwer ☐ schwer
☐ fettig ☐ intermediär ☐ trocken
☐ Haarausfall ☐ androgenetisch ☐ diffus
☐ **Galaktorrhoe**
☐ **Mastodynie**
☐ **Klimakterium?**
☐ HW für Gestagen-Defizit
☐ endokrin-vaso-vegetative Symptome
☐ Osteoporose-Risiko
☐ Hysterektomie ☐ mit Adnexen ☐ ohne Adnexe

 _____ kg
 _____ cm
ZYKLUS

- LP** _____
- ☐ Normalzyklus
☐ Oligomenorrhoe
☐ Oligo-Amenorrhoe
☐ Amenorrhoe
☐ Polymenorrhoe
☐ Meno-Metrorrhagie
☐ Dysmenorrhoe

- ☐ unbehandelt
☐ Clomifen, Letrozol
☐ Östrogen-Gestagen-Substitution
☐ orales Kontrazeptivum
☐ Antiandrogen
☐ Schilddrüsenhormone
☐ Psychopharmaka
☐ Sonstiges

US-Befund:

re. Ovar: _____ mm; Follikelzahl _____ Follikelgröße _____ mm

li. Ovar: _____ mm; Follikelzahl _____ Follikelgröße _____ mm

Endometrium: _____ mm

Fragestellung:**GEWÜNSCHTE UNTERSUCHUNGEN**

- ☐ hCG ☐ LH ☐ Testosteron
☐ FSH ☐ SHBG
☐ Östradiol ☐ DHEAS
☐ Prolaktin basal ☐ Progesteron ☐ 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!