

Beispiel für das Ausfüllen unserer Anforderungsscheine

Seite 1 von 5

Anschrift

Universitäres MVZ Kiel
Kinderendokrinologisches Labor
Laborleitung: Prof. Dr. P.-M. Holterhus
Arnold-Heller Straße 3 Haus U27
24105 Kiel

Lieferadresse: Schwanenweg 20 Haus U26, 24105 Kiel

Hier dargestellt sind die technischen Anforderungen an das Ausfüllen. Bitte beachten Sie, dass wir hier keine für eine Diagnose spezifischen Beispiele darstellen können.

Um eine einfache und klare Übermittlung von Analysenaufträgen zu gewährleisten, stellt unser Labor zwei unterschiedliche Anforderungsscheine zur Verfügung.

Die allgemeinen Anforderungen umfassen alle basalen Parameter, bei den Funktionstesten finden Sie spezielle endokrinologische Funktionstest und das Speicheltagesprofil.

Zur Vermeidung von Fehleinsendungen wird auf dem Schein für allgemeine Anforderungen durch farbige Markierungen auf das benötigte Material für den jeweiligen Parameter hingewiesen.

Alle Anforderungen sollten folgende Informationen enthalten:

- Name, Vorname und Geb.-Datum des Patienten
- Krankenkasse oder Nummer des Kostenträgers, bei Selbstzahlern Rechnungsanschrift
- Stempel des einsendenden Arztes
- Bei Krankenhauspatienten Angabe der Station
- Datum und Uhrzeit der Materialentnahme
- Verdachtsdiagnose oder Fragestellung
- Ggf. Schwangerschaftswoche
- Ggf. Medikation

Folgende Punkte gelten für das Ausfüllen beider Anforderungsscheine:

- Grundsätzlich sollte kein Komma oder ein Punkt (Bsp. Datum, Körpergewicht und Körpergröße) eingefügt werden.
- Grundsätzlich sollte nichts durch- oder weggestrichen werden.
- In der unteren Spalte mit den Tannerstadien bitte keine 0 vor dem Tannerstatus, Hodenvolumen einsetzen.
- Bitte alle Angaben, besonders die klinisch relevanten Angaben mit größtmöglicher Sorgfalt ausfüllen, um eine individuelle Befundung möglich zu machen.

Beispiel für das Ausfüllen unserer Anforderungsscheine

Allgemeine Anforderung PÄD Endo

Universitäres MVZ Kiel
Kinderendokrinologisches Labor
 Laborleitung: Prof. Dr. med. P.-M. Holterhus
 Arnold-Heller-Strasse 3 · Haus 9 · 24105 Kiel
 www.uksh.de/kinderhormonzentrum-kiel/
 Tel. +49-431-500-20271 · Fax -20274

UKSH Ambulanzzentrum

Einwanderer
ggf. Etikett oder Stempel

MUSTER
MUSTER
MUSTER
MUSTER

Auftragsnummer
MUSTER
MUSTER

Patientenetikett (mit Fallnummer als Barcode) oder Patientendaten

Nachname: _____
 Vorname: _____
 Geburtsdatum: _____
 Straße, Hausnummer: _____
 Postleitzahl/ Wohnort: _____
 Fallnummer: _____

Geschlecht: männlich weiblich
 Aufenthaltstyp: ambuliert stationär
 Abnahme nüchtern? ja nein
 Körpergröße (cm): _____
 Körpergewicht (kg): _____
 Abnahmeform (T/TAMM/LJ): _____
 Abnahmetyp (m/hem): _____
 Menarche (T/TAMM/LJ): _____
 Regel (T/TAMM/LJ): _____
 Sammelmenge Urin (ml): _____
 Tannerstatus (P): _____
 Tannerstatus (G): _____
 Tannerstatus (B, ml): _____
 Tannerstatus (B, li): _____
 Tannerstatus (C): _____
 Hodenvolumen (ml): _____
 Ovarienvolumen (ml): _____
 Sammelzeit Urin (min): _____
 Abrechnungstyp: Kassapatient Privatpatient Selbstzahler
 Bitte eintragen: _____

Klinische Diagnose und Fragestellung: _____

haben zur Messung: _____

Anforderungsprofil (500 µl Heparin-Plasma)

- Nebenniere Standard (P, DOC, B, 17OHP, 11S, 21S, F, E, Δ4, T)
- Nebennieren Hyperandrogenämie (P, DOC, B, 17OHP, 11S, 21S, F, E, Δ4, T, DHEAS)
- Androgenprofil (Δ4, T, DHT)
- 21-Hydroxylasemangel (P, 17OHP, 21S, F, Δ4, T) (nur zur Therapiekontrolle)
- 11-Hydroxylasemangel (DOC, 17OHP, 11S, F, Δ4, T) (z.B. zur Therapiekontrolle)
- 5β-HSD II Mangel (17OHP, F, 17OHPreg, DHEA, Δ4, T)
- Aldosteronsynthesemangel (DOC, B, 18OHB, 18OHBreg, Aldo, F) (Abgesert, Versand gefahren)

Nebenniere (je Parameter 120 µl Probenmaterial, s. Materialfarbcode)

- ACTH #
- Cortisol (Aldo) #
- Cortisol (A4)
- Cortisol (B)
- Cortisol (F)
- Cortisol (E)
- Dehydroepiandrosteron (DHEA)
- Dehydroepiandrosteron-Sulfat (DHEAS)
- Pregnenolon (Preg)
- Progesteron (P)
- Renin, direkt *#
- 11-Desoxycorticosteron (DOC)
- 11-Desoxycortisol (11S)
- 21-Desoxycortisol (21S)
- 17OH-Progesteron (17OHP)
- 17OH-Pregnenolon (17OHPreg)
- 18OH-Corticosteron (18OHB)
- 18OH-Desoxycorticosteron (18OHB-DOC) #

Schilddrüse und Nebenschilddrüse (je Parameter 120 µl Probenmaterial)

- freies Trijodthyronin (fT3) * SER
- freies Thyroxin (fT4) * SER
- Thyreotropin (TSH) * SER
- anti-TSH-Rezeptor (TR-AK) * SER
- anti-Thyreoglobulin (TG-AK) * SER
- anti-Thyreoperoxidase (TPO-AK) * SER
- Parathormon (PTH), intakt * #

Wachstum / Sonstige (je Parameter 120 µl Heparin-Plasma)

- Insulin like growth factor 1 (IGF-1) * SER
- IGF-binding protein 3 (IGF-BP3) * SER
- Wachstumshormon (GH) * SER
- Prolaktin (PRL) * SER

Gonaden (je Parameter 120 µl Probenmaterial, s. Materialfarbcode)

- Testosteron (T) * SER
- Oestradiol (E2) * SER
- Lutropin (LH) * SER
- Follikelstimul. Hormon (FSH) * SER
- Anti-Müller Hormon (AMH) * SER
- Inhibin B * SER
- Sexuohormon. Globulin (SHBG) * SER
- Dihydrotestosteron (DHT) * SER
- Östron (E1) * SER
- Östriol (E3) * SER

Diabetes mellitus (je Parameter 120 µl Probenmaterial, s. Materialfarbcode)

- Glu-Decarboxylase (GAD-AK) * SEA
- IA2-AK (Tyrosinphosphatase) * SEA
- Insulin AK (IAA) * SEA
- Pankreas-Inselzell AK (ICA) * SEA
- Zinktransporter 8 AK (ZnTB) * SEA

Anforderungen aus Sammelurin bitte Sammelmenge /zeit angeben

- freies Cortisol * SER

* Bestimmung im Institut für Klinische Chemie
 # Abgesert, Versand gekühlt
 # EDTA-Plasma, abgesert, Versand gefahren

Die Verwendung des richtigen Kolbenkettens stellt eine entscheidende Sicherung sicher. Hierfür bitte Farbbedeutung und Materialkürzel beachten.

Name: _____

Name: _____

Name: _____

Name: _____

Name: _____

Name: _____

Name: _____

Einwanderer
ggf. Etikett oder Stempel

UNIVERSITÄTSKLINIKUM Schleswig-Holstein
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin I
 Prof. Dr. med. P. M. Holterhus
 Pädiatrische Endokrinologie und Diabetologie
 Schwannenweg 20, D-24105 Kiel
 Telefon 0431 500-20271, Telefax 0431 500-20274

tein

000030580005

je

Auftragsnummer

74

691367691

Diese Auftragsnummer ist Laborintern für jeden Auftrag wichtig, daher darf dieser Barcode nicht überklebt werden.

Beispiel für das Ausfüllen unserer Anforderungsscheine

Seite 3 von 5

<p>Patientenlektet (mit Fallnummer als Barcode) oder Patientendaten</p> <p>Nachname: <u>Mustermann</u></p> <p>Vorname: <u>Max</u></p> <p>Geburtsdatum: <u>01.01.2011</u></p> <p>Straße, Hausnummer: <u>Feldstr. 1</u></p> <p>Postleitzahl/ Wohnort: <u>24105 Kiel</u></p> <p>Fallnummer: _____</p>	<p>Patientenlektet (mit Fallnummer als Barcode) oder Patientendaten</p> <p>Nachname: <u>Mustermanns</u></p> <p>Vorname: <u>Mia</u></p> <p>Geburtsdatum: <u>01.01.2005</u></p> <p>Straße, Hausnummer: <u>Feldstr. 2</u></p> <p>Postleitzahl/ Wohnort: <u>24105 Kiel</u></p> <p>Fallnummer: _____</p>	<p>Bitte hier den vollständigen Namen mit Geburtsdatum und Adresse eintragen.</p>
--	---	---

Klinisch relevanten Daten:

Bitte, in der unteren Spalte mit den Tannerstadien keine 0 vor dem Tannerstatus, Hodenvolumen einsetzen.

Ein Beispiel für ein Mädchen.

Geschlecht	Aufenthaltsort	Abnahme nüchtern?	Körpergröße (cm)	Körpergewicht (kg)	Abnahmedatum (TT/MM/JJ)	Abnahmeseit (hh:mm)
<input checked="" type="checkbox"/> männlich	<input checked="" type="checkbox"/> ambulante	<input checked="" type="checkbox"/> ja	<u>184</u>	<u>55</u>	<u>25/11/19</u>	<u>08:30</u>
<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> stationär	<input type="checkbox"/> nein	SSW	Menarche (TT/MM/JJ)	Letzte Regel (TT/MM/JJ)	Sammelmenge Urin (ml)
				<u>04/10/17</u>	<u>07/11/19</u>	
Tannerstatus (P)	Tannerstatus (G)	Tannerstatus (B. re)	Tannerstatus (B. li)	Tannerstatus (C)	Hodenvolumen re (ml)	Hodenvolumen li (ml)
<u>4</u>		<u>5</u>	<u>5</u>	<u>3</u>		
Abrechnungstyp	<input type="checkbox"/> Kassenzahlung	<input checked="" type="checkbox"/> Privatpatient	<input type="checkbox"/> Selbstzahler	<input type="checkbox"/> sonstiger Typ	bitte eintragen: _____	

Bitte den gesamten Schein innerhalb der Felder sorgfältig mit feinem, dunklen Stift in Blockschrift ausfüllen. Ansonsten kann es zu Fehlern beim Scannen kommen!

Ein Beispiel für ein Jungen.

Geschlecht	Aufenthaltsort	Abnahme nüchtern?	Körpergröße (cm)	Körpergewicht (kg)	Abnahmedatum (TT/MM/JJ)	Abnahmeseit (hh:mm)
<input checked="" type="checkbox"/> männlich	<input checked="" type="checkbox"/> ambulante	<input checked="" type="checkbox"/> ja	<u>120</u>	<u>22</u>	<u>25/11/19</u>	<u>08:30</u>
<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> stationär	<input type="checkbox"/> nein	SSW	Menarche (TT/MM/JJ)	Letzte Regel (TT/MM/JJ)	Sammelmenge Urin (ml)
						<u>10:50</u>
Tannerstatus (P)	Tannerstatus (G)	Tannerstatus (B. re)	Tannerstatus (B. li)	Tannerstatus (C)	Hodenvolumen re (ml)	Hodenvolumen li (ml)
<u>1</u>	<u>1</u>				<u>1</u>	<u>1</u>
Abrechnungstyp	<input type="checkbox"/> Kassenzahlung	<input checked="" type="checkbox"/> Privatpatient	<input type="checkbox"/> Selbstzahler	<input type="checkbox"/> sonstiger Typ	bitte eintragen: _____	

Bitte den gesamten Schein innerhalb der Felder sorgfältig mit feinem, dunklen Stift in Blockschrift ausfüllen. Ansonsten kann es zu Fehlern beim Scannen kommen!

Ein Beispiel für eine Verdachtsdiagnose

Klinische Diagnose und Fragestellung:


Kleinwuchs, v. a. SHH Mangel

<p>Anforderungsprofile (500 µl Heparin-Plasma)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Nebenniere Standard (P, DOC, B, 17OHP, 11S, 21S, F, E, Δ4, T) <input type="checkbox"/> Nebenniere Hyperandrogenämie (P, DOC, B, 17OHP, 11S, 21S, F, E, Δ4, T, DHEAS) <input type="checkbox"/> Androgenprofil (Δ4, T, DHT) <input type="checkbox"/> 21-Hydroxylasemangel (P, 17OHP, 21S, F, Δ4, T (z.B. zur Therapiekontrolle)) <input type="checkbox"/> 11-Hydroxylasemangel (DOC, 17OHP, 11S, F, Δ4, T (z.B. zur Therapiekontrolle)) <input type="checkbox"/> 3βHSDII Mangel (17OHP, F, 17OHPreg, DHEAS, Δ4, T) <input type="checkbox"/> Aldosteronsynthesemangel (DOC, B, 18CHDOC, 18OHB, Aldo, F (abgesetzt, Versand gefroren)) <p><small>P: Progesteron DOC: 11-Desoocorticoesteron B: Corticoesteron 17OHP: 17OH-Progesteron 11S: 11-Desoocortisol 21S: 21-Desoocortisol F: Cortisol E: Cortison</small></p> <p><small>Δ4: Androstendion T: Testosteron DHEAS: Dehydroepiandrosteron-Sulfat DHT: Dihydrotestosteron 17OHPreg: 17OH-Progesteron 18CHDOC: 18OH-Desoocorticoesteron 18OHB: 18OH-Corticoesteron</small></p>	<p>Bitte wie hier dargestellt mit einem feinen dunklen Stift das entsprechende Feld ausfüllen. Ansonsten kann es zu Fehlern beim Einscannen kommen.</p>
<p>Anforderungen aus Sammelurin bitte Sammelmenge /-zeit angeben</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> freies Cortisol SAL 	

Beispiel für das Ausfüllen unserer Anforderungsscheine

Seite 4 von 5

Funktionstests PÄD Endo



Universitäres MVZ Kiel
 Kinderendokrinologisches Labor
 Laborleitung: Prof. Dr. med. P.-M. Höllerhus
 Arnold-Heller-Straße 3 · UZ7 · 24105 Kiel
 www.uksh.de/kinderhormonzentrum-kiel/
 Tel. +49-431-500-20271 · Fax -20274

Patientenkarte (mit Fallnummer als Beispielfeld) oder Patientendaten

Nachname: _____
 Vorname: _____
 Geburtsdatum: _____
 Straße, Hausnummer: _____
 Postleitzahl/ Wohnort: _____
 Fallnummer: _____

Erreichter
ggf. Etikett oder Stempel

MUSTER
MUSTER
MUSTER
MUSTER

Auftragsnummer
MUSTER

Geschlecht: männlich weiblich

Aufenthaltsort: ambulat stationär

Körpergröße (cm): _____ Körpergewicht (kg): _____

Menarche (TT/MM/JJ): _____ Abnahmetermin (TT/MM/JJ): _____ Abnahmepunkt (hh:mm): _____

Tannerstatus (P): _____ Tannerstatus (G): _____ Tannerstatus (B. re): _____ Tannerstatus (B. li): _____ Tannerstatus (C): _____ Letzte Regel (TT/MM/JJ): _____

Abrechnungstyp: Kassapatient Privatpatient Selbstzahler sonstiger Typ bitte eintragen: _____

Bitte den gesamten Schein innerhalb der Felder sorgfältig mit führen, darunter: 50% in Blockdruck auflefen, ansonsten kann es zu Fehlern beim Scannen kommen!

Klinische Diagnose und Fragestellung:

Angaben zur Medikation:

Endokrinologische Funktionstests (Benötigte Materialien s. Testbeschreibung, nur ein Test pro Hormon/Probe vor Medikationseinnahme.)

ACTH-Kurztest: 3x HPL (Cortisol, 17OH-Progesteron) Einnahme 0/30/60 min

Arginin-Infusions-Test: 6x HPL (GH), 5x FPL (Glucose); Abnahme 0/30/45/60/90/120 min

Busserelin-Test: 3x HPL (Östrogen, Testosteron, LH, FSH); Abnahme 0/4/24 h

Dexamethason-Suppressions-Test (low dose): 1x HPL (Cortisol) Abnahme 08:00

GHRH-Arginin-Test: 6x HPL (GH); Abnahme 0/30/60/90/120 min

GH-Nachtprofil*: 18x HPL (GH); Abnahme 0/20/40/60/80/100/120/140/160/180/200/220/240/260/280/300/320/346 min

* Bitte die Zeitpunkt der Abnahmen während der Wachphasen unterzeichnen

GH-Suppressions-Test: 7x HPL (GH); Abnahme -30/0/30/60/90/120/180 min

GnRH-Test: 2x SER (LH, FSH); Abnahme 0/30 min

HCG-Kurztest: 2x SER (Testosteron, Dihydrotestosteron, Androstendion); Abnahme Tag 1 08:00, Tag 3 08:00

Sonstiger Funktionstest (Freitext): _____

Zusätzlich bei ACTH-Kurztest zu allen 390 min: Cortisol 17OH-Progesteron

Zusätzlich bei Dexamethason-Test: Steroidprofil** Aldosteron

Materiallegende:

HPL: Hepatoplasma

FPL: Fluoridplasma

SER: Serum

Speichel-Tagesprofile (Kombinationen von Einzelparametern möglich)

5x Speichel: Abnahme 03:00-05:00, 08:00-10:00, 10:00-15:00, 15:00-20:00, 20:00-03:00

Cortisol 17OH-Progesteron Androstendion 11-Desoxycortisol 11-Desoxycorticosteron

Die Verwendung der Klebeetiketten stellt eine korrekte Probenzuordnung sicher. Hierfür bitte zu den Etiketten Abnahmepunkt und Material angeben.

Abnahme: Material: MUSTER	Abnahme: Material: MUSTER	Abnahme: Material: MUSTER	Abnahme: Material: MUSTER	Abnahme: Material: MUSTER	Abnahme: Material: MUSTER
Abnahme: Material: MUSTER	Abnahme: Material: MUSTER	Abnahme: Material: MUSTER	Abnahme: Material: MUSTER	Abnahme: Material: MUSTER	Abnahme: Material: MUSTER
Abnahme: Material: MUSTER	Abnahme: Material: MUSTER	Abnahme: Material: MUSTER	Abnahme: Material: MUSTER	Abnahme: Material: MUSTER	Abnahme: Material: MUSTER
Abnahme: Material: MUSTER	Abnahme: Material: MUSTER	Abnahme: Material: MUSTER	Abnahme: Material: MUSTER	Abnahme: Material: MUSTER	Abnahme: Material: MUSTER

Geschlecht: männlich weiblich

Aufenthaltsort: ambulat stationär

Körpergröße (cm): **1,814** Körpergewicht (kg): **155**

Menarche (TT/MM/JJ): **04/10/17** Abnahmetermin (TT/MM/JJ): **21/11/19** Abnahmepunkt (hh:mm): **08:30**

Tannerstatus (P): **4** Tannerstatus (G): **1** Tannerstatus (B. re): **15** Tannerstatus (B. li): **15** Tannerstatus (C): **13** Letzte Regel (TT/MM/JJ): **07/11/19**

Abrechnungstyp: Kassapatient Privatpatient Selbstzahler sonstiger Typ bitte eintragen: _____

Bitte den gesamten Schein innerhalb der Felder sorgfältig mit führen, darunter: 50% in Blockdruck auflefen, ansonsten kann es zu Fehlern beim Scannen kommen!

Bitte, in der unteren Spalte mit den Tannerstadien keine 0 vor dem Tannerstatus, Hodenvolumen einsetzen.

Ein Beispiel für eine Fragestellung und Medikation:

Beispiel für das Ausfüllen unserer Anforderungsscheine

Seite 5 von 5

Bitte das gesamte Schema innerhalb der Felder sorgfältig mit feinem, dunklen Stift in Blockschritt ausfüllen, ansonsten kann es zu Fehlern beim Scannen kommen

Klinische Diagnose und Fragestellung: Hyperandrogenämie	Angaben zur Medikation: 250 µg Synacthen
---	--

Endokrinologische Funktionstests (Benötigte Materialien s. Testbeschreibung, bitte nur ein Test pro Auftrag, 0 min-Probe vor Medikamentengabe.)	
<input checked="" type="checkbox"/> ACTH-Kurztest	3x HPL (Cortisol, 17OH-Progesteron); Abnahme 0/ 30/ 60 min
<input type="checkbox"/> Arginin-Infusions-Test	6x HPL (GH), 5x FPL (Glucose); Abnahme 0 (HPL) 30/ 45/ 60/ 90/ 120 min
<input type="checkbox"/> Buserelin-Test	3x HPL (Östrogen (Mädchen), Testosteron (Jungen)); Abnahme 0/ 4/ 24 h
<input type="checkbox"/> Dexamethason-Suppressions-Test (low dose)	1x HPL (Cortisol); Abnahme 08:00
<input type="checkbox"/> GHRH-Arginin-Test	6x HPL (GH); Abnahme 0/ 30/ 45/ 60/ 80/ 120 min
<input type="checkbox"/> GH-Nachtprofil *	18x HPL (GH); Abnahme 0/ 20/ 40/ 60/ 80/ 100/ 120/ 140/ 160/ 180/ 200/ 220/ 240/ 260/ 280/ 300/ 320/ 340 min
* Bitte die Zeitpunkte der Abnahmen während der Wachphasen unterstreichen	
<input type="checkbox"/> GH-Suppressions-Test	7x HPL (GH), 7x FPL (Glucose); Abnahme -30/ 0/ 30/ 60/ 90/ 120/ 180 min
<input type="checkbox"/> GnRh-Test	2x SER (LH, FSH); Abnahme 0/ 30 min
<input type="checkbox"/> HCG-Kurztest	2x HPL (Testosteron, Dihydrotestosteron, Androstendion); Abnahme Tag 1 08:00, Tag 3 08:00
Sonstiger Funktionstest (Freitext)	
Materiallegende:	

Bitte wie hier dargestellt mit einem feinen dunklen Stift das entsprechende Feld ausfüllen. Ansonsten kann es zu Fehlern beim Einscannen kommen.

Zusätzlich können bei dem ACTH-Kurztest zu allen drei Abnahmen folgende Parameter angefordert werden:

Zusätzlich bei ACTH-Kurztest zu allen drei Abnahmen:

<input checked="" type="checkbox"/> Steroidprofil **	<input checked="" type="checkbox"/> 17OH-Pregnenolon
<input type="checkbox"/> Aldosteron	<input type="checkbox"/>

Zusätzlich können bei dem Dexamethason-Test folgende Parameter angefordert werden:

Zusätzlich bei Dexamethason-Test:

<input checked="" type="checkbox"/> Steroidprofil Dexamethason-Test ***	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------

Ebenfalls auf diesem Anforderungsschein finden Sie das Speichel-Tagesprofil. Hier können Sie bis zu fünf Speichelproben einschicken.

Speichel-Tagesprofile (Kombinationen der Einzelparameter möglich)
5x Speichel; Abnahme 03:00-06:00, 06:00-10:00, 10:00-15:00, 15:00-20:00, 20:00-03:00

<input checked="" type="checkbox"/> Cortisol	<input type="checkbox"/> 17OH-Progesteron	<input type="checkbox"/> Androstendion	<input type="checkbox"/> 11-Desoxycortisol	<input type="checkbox"/> 11-Desoxycorticosteron
--	---	--	--	---

Die Verwendung der Klammerschleifen stellt eine korrekte Probenzuordnung sicher. Hierfür bitte auf den Etiketten Abnahmezeit und Material angeben.