

## **Beispiel für das Ausfüllen unserer Anforderungsscheine**

### **Anschrift**

Ambulanzzentrum des UKSH gGmbH

Universitäres MVZ Kiel

Pädiatrische Endokrinologie und Diabetologie

Kinderendokrinologisches Labor

Arnold-Heller-Straße 3, Haus V15, 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 sollten **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 eintragen.
- Bitte alle Angaben, besonders die klinisch relevanten Angaben mit größtmöglicher Sorgfalt ausfüllen, um eine individuelle Befundung möglich zu machen.



### Klinisch relevante Daten:

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

### Ein Beispiel für ein Mädchen.

|                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                    |                                                                                              |                            |                           |                                     |                                     |                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|---------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|
| Geschlecht<br><input checked="" type="checkbox"/> männlich<br><input checked="" type="checkbox"/> weiblich                                                                                       | Aufenthaltsort<br><input checked="" type="checkbox"/> ambulant<br><input type="checkbox"/> stationär                                                               | Abnahme nüchtern?<br><input checked="" type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein | Körpergröße (cm)<br>184    | Körpergewicht (kg)<br>155 | Abnahmedatum (TT/MM/JJ)<br>25/11/19 | Abnahmesort (hh:mm)<br>08:30        |                              |
| Tannerstatus (P)<br>4                                                                                                                                                                            | Tannerstatus (G)<br>1                                                                                                                                              | Tannerstatus (B. re)<br>15                                                                   | Tannerstatus (B. li)<br>15 | Tannerstatus (C)<br>3     | Menarche (TT/MM/JJ)<br>04/10/17     | Letzte Regel (TT/MM/JJ)<br>07/11/19 | Sammelmenge Urin (ml)<br>110 |
| Abrechnungstyp<br><input checked="" type="checkbox"/> Kassenpatient<br><input type="checkbox"/> Privatpatient<br><input type="checkbox"/> Selbstzahler<br><input type="checkbox"/> sonstiger Typ | Bitte den gesamten Schein innerhalb der Frist sorgfältig mit feinem, dunklen Stift in Blockschrift ausfüllen. Ansonsten kann es zu Fehlern beim Einscannen kommen! |                                                                                              |                            |                           |                                     |                                     |                              |

### Ein Beispiel für einen Jungen.

|                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                    |                                                                                              |                           |                           |                                     |                              |                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|---------------------------|-------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Geschlecht<br><input checked="" type="checkbox"/> männlich<br><input type="checkbox"/> weiblich                                                                                                  | Aufenthaltsort<br><input checked="" type="checkbox"/> ambulant<br><input type="checkbox"/> stationär                                                               | Abnahme nüchtern?<br><input checked="" type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> nein | Körpergröße (cm)<br>120   | Körpergewicht (kg)<br>122 | Abnahmedatum (TT/MM/JJ)<br>25/11/19 | Abnahmesort (hh:mm)<br>08:30 |                              |
| Tannerstatus (P)<br>1                                                                                                                                                                            | Tannerstatus (G)<br>1                                                                                                                                              | Tannerstatus (B. re)<br>1                                                                    | Tannerstatus (B. li)<br>1 | Tannerstatus (C)<br>1     | Menarche (TT/MM/JJ)                 | Letzte Regel (TT/MM/JJ)      | Sammelmenge Urin (ml)<br>110 |
| Abrechnungstyp<br><input checked="" type="checkbox"/> Kassenpatient<br><input type="checkbox"/> Privatpatient<br><input type="checkbox"/> Selbstzahler<br><input type="checkbox"/> sonstiger Typ | Bitte den gesamten Schein innerhalb der Frist sorgfältig mit feinem, dunklen Stift in Blockschrift ausfüllen. Ansonsten kann es zu Fehlern beim Einscannen kommen! |                                                                                              |                           |                           |                                     |                              |                              |

### Ein Beispiel für eine Verdachtsdiagnose

Klinische Diagnose und Fragestellung:  
Kleinwuchs, v. a. SH-Mangel

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| <b>Anforderungsprofile</b> (500 µl Heparin-Plasma)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                          |
| <input checked="" type="checkbox"/> Nebenniere Standard (P, DOC, B, 17OHP, 11S, 21S, F, E, Δ4, T)                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Nebenniere Hyperandrogenämie (P, DOC, B, 17OHP, 11S, 21S, F, E, Δ4, T, DHEAS)                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Androgenprofil (Δ4, T, DHT)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 21-Hydroxylasemangel (P, 17OHP, 21S, F, Δ4, T (z.B. zur Therapiekontrolle))                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 11-Hydroxylasemangel (DOC, 17OHP, 11S, F, Δ4, T (z.B. zur Therapiekontrolle))                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 3βHSDII-Mangel (17OHP, F, 17OHPreg, DHEAS, Δ4, T)                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Aldosteronsynthesemangel (DOC, B, 18OHDOC, 18OHB, Aldo, F (abgesetzt, Versand gefroren))                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> |
| P: Progesteron<br>DOC: 11-Desoxyzorticosteron<br>B: Corticosteron<br>17OHP: 17OH-Progesteron<br>11S: 11-Desoxyzortisol<br>21S: 21-Desoxyzortisol<br>F: Cortisol<br>E: Cortison<br>Δ4: Androstendion<br>T: Testosteron<br>DHEAS: Dehydroepiandrosteron-Sulfat<br>DHT: Dihydrotestosteron<br>17OHPreg: 17OH-Progennolon<br>18OHDOC: 18OH-Desoxyzorticosteron<br>18OHB: 18OH-Corticosteron |                          |
| <b>Anforderungen aus Sammelurin</b> bitte Sammelmenge / -zeit angeben                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                          |
| <input checked="" type="checkbox"/> freies Cortisol                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | SAL                      |

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

# Funktionstests PÄD Endo

**UKSH Ambulanzzentrum** | **Universitäres MVZ Kiel**  
 Pädiatrische Endokrinologie und Diabetologie  
 Kinder- und jugendärztliches Labor  
 Leitung: Prof. Dr. med. F. Al-Holthai  
 Assistenzleiter: Dr. med. H. von Vitzthum  
 www.uksh.de/ambulanzzentrum-kiel  
 Tel. +49-431-580-2071 Fax: 50274

**Patientenname:** \_\_\_\_\_ **Telefonnr. (gg. Strasse) oder Smartphone:** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_ **Geburtsort:** \_\_\_\_\_

**Unternehmensname:** \_\_\_\_\_ **Abrechnungstyp:** \_\_\_\_\_

**Praxisnummer:** \_\_\_\_\_ **Abrechnungstyp:**  Kassenzusteller  Privatpatient  Selbstzahler  sonstiger Typ

**Klinische Diagnose und Fragestellung:** \_\_\_\_\_ **Angaben zu Medikation:** \_\_\_\_\_

**Endokrinologische Funktionstests** (Tägliche Medikation, Testbeschreibung, Angabe am Test pro Auftr. 0 min-Probe oder Medikationsangabe.)

- ACTH-Kurztest: 3x HPL (GH), Abnahme 0/ 30/ 60 min
- Arginin-Infusions-Test: 3x HPL (GH), Abnahme 0/ 30/ 60/ 90/ 120 min
- Dinorelin-Test: 3x HPL (GH), Mädelchen, Testosteron (Angebot), LH\*, FSH\* (beide Geschlechter), Abnahme 0/ 4/ 24 h
- Dexamethason-Suppressionstest (low dose): 3x HPL (Cortisol), Abnahme 08:00
- GHRH-Arginin-Test: 3x HPL (GH), Abnahme 0/ 30/ 45/ 60/ 90/ 120 min
- GH-Nachtprofil\*: 3x HPL (GH), Abnahme 0/ 20/ 40/ 60/ 80/ 100/ 120/ 140/ 160/ 180/ 200/ 220/ 240/ 260/ 280/ 300/ 340 min
- GH-Suppressionstest: 3x HPL (GH), Abnahme -0/ 0/ 30/ 60/ 90/ 120/ 180 min
- GnRH-Test: 2x BPH (LH, FSH)\*, Abnahme 0/ 30 min
- WCC-Kurztest: 3x HPL (Testosteron, Dihydroepiandrosteron, Androstendion), Abnahme Tag 1 08:00, Tag 2 08:00

**Sonstige Funktionstests (Trennung):**

- Zieltest bei ACTH-41, 42, 43 oder 44:  17OH-Pregnenolon  Steroidprofil Dexamethason-Test\*\*\*
- Aldosteron B  Mineraliengleichgewicht  Haptoglobin  SSR-Beruf

**Speichel-Tagesprofile (Kombinationen der Einzelparameter möglich)**  
 3x Speichel, Abnahme 02:00-06:00, 06:00-10:00, 10:00-18:00, 18:00-20:00, 20:00-02:00

Cortisol  17OH-Pregnenolon  Androstendion  11-Desoxyocortisol  11-Desoxyocorticoesteron

**Abrechnungstyp:**  Kassenzusteller  Privatpatient  Selbstzahler  sonstiger Typ

**Geschlecht:**  männlich  weiblich **Aufenthaltsort:**  ambulant  stationär

**Körpergröße (cm):** 184 **Körpergewicht (kg):** 55 **Menarche (TT/M/JJ):** 04/10/17 **Abnahmestadium (TT/M/JJ):** 2/5/11/19 **Abnahmepfad (I/II/III):** 0R30

**Tannerstatus (P):** 4 **Tannerstatus (G):** 1 **Tannerstatus (B. re):** 1.5 **Tannerstatus (B. li):** 1.5 **Tannerstatus (C):** 1.3 **Letzte Regel (TT/M/JJ):** 07/11/19

**Abrechnungstyp:**  Kassenzusteller  Privatpatient  Selbstzahler  sonstiger Typ

Bitte den gesamten Seiteninhalt der Form sorgfältig mit führen, dazwischen gibt es Blockcharakteristika, ansonsten kann es zu Fehlleistungen beim Scannen kommen

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

Ein Beispiel für eine Fragestellung und Medikation:

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

|                                                                   |                                                    |
|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <b>Klinische Diagnose und Fragestellung:</b><br>Hyperandrogenämie | <b>Angaben zur Medikation:</b><br>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); Abnahme 0/ 30/ 45/ 60/ 90/ 120 min                                                              |
| <input type="checkbox"/> Buserelin-Test                                                                                                         | 3x HPL (Östrogen (Mädchen), Testosteron (Jungen)); LH*, FSH* (beide Geschlechter); 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/ 90/ 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); 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                    |
| * Bestimmung im Ambulanzzentrum des UKSH gemeinnützige GmbH<br>Fachbereich Labormedizin des Universitären diagnostischen MVZ                    |                                                                                                              |
| 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 type="checkbox"/> 17OH-Pregnenolon |
| <input type="checkbox"/> Aldosteron                  |                                           |

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

| Zusätzlich bei Dexamethason-Test:                                       |  |
|-------------------------------------------------------------------------|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Steroidprofil Dexamethason-Test *** |  |

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 Klappetiquetten stellt eine korrekte Probenzuordnung sicher. Hierfür bitte auf den Etiketten Abnahmezeit und Material angeben. |                                           |                                        |                                            |                                                 |