

# Patientendaten

Laborverbund Dr. Schottdorf u. a.

Gynäko-endokrine- u. Fertilitätsdiagnostik

Name, Vorname, Anschrift des Patienten

geb. am

86154 Augsburg • August-Wessels-Straße 5  
www.schottdorf.de • labor@schottdorf.de

Telefon 0821 / 4201 - 0  
Telefax 0821 / 41 79 92

Hier bitte Arzt/Patientenbarcode aufbringen



Tagesnummernbarcode



Datum

Gewicht:	SSW:	Zyklustag:
Größe:	Follikel:	Vorbefund Lab.-Nr.:

(Verd.-) Diagnose/Anamnese/Symptome/klin. Befund/bisherige Therapie/Medikamente:

## Gynäko-endokrine- und Fertilitätsdiagnostik

(Bei Kassenpatienten Untersuchungen explizit auf Überweisungsschein angeben!)

### Sterilitätsdiagnostik

- S1 **bei Eumenorrhoe** (Blutentnahme ca. 20. - 24. Zyklustag)  
Progesteron, 17- $\beta$ -Östradiol, Prolaktin, DHEA-S, bTSH
- S2 **bei Amenorrhoe**  
FSH, LH, Prolaktin, 17- $\beta$ -Östradiol, Testosteron gesamt, SHBG, DHEA-S, bTSH
- S3 **Kontrolle einer Follikelstimulation**  
LH, Progesteron, 17- $\beta$ -Östradiol
- S4 **bei "idiopathischer" Sterilität**  
Spermatozoen-, Hoden-, Ovar-Ak
- S5 **Infektionsserologie**  
Röteln-, Chlamydien-Ak

### Androgenisierungserscheinungen

- A1 **bei Hirsutismus, Akne, androgener Alopezie**  
Testosteron gesamt, SHBG, DHEA-S, Androstendion
- A2 **bei ausgeprägter Hyperandrogenämie**  
Dexamethason-Kurzzeittest (DXM-Test, siehe "Funktionsteste")
- A3 **bei V. a. postpuberales (heteroz.) AGS**  
Testosteron gesamt, SHBG, DHEA-S, 17-OH-Progesteron  
(Blutentnahme in 1. Zyklusphase)
- A4 **bei V. a. PCO-Syndrom**  
Testosteron gesamt, SHBG, DHEA-S, LH, FSH, Androstendion, Östradiol

### Weitere Indikationen

- W1 **Prämenstruelles Syndrom**  
(Blutentnahme ca. 7 Tage prämenstruell)  
Prolaktin, Progesteron, 17- $\beta$ -Östradiol
- W2 **Klimakterium**  
FSH, LH, 17- $\beta$ -Östradiol
- W3 **Abort**  
Progesteron, 17- $\beta$ -Östradiol,  $\beta$ -HCG
- W4 **Libidostörung**  
LH, FSH, Prolaktin, 17- $\beta$ -Östradiol, Testosteron gesamt, SHBG, DHEA-S
- W5 **Mastopathie, -dynie**  
Prolaktin, Progesteron, 17- $\beta$ -Östradiol

### Zyklusstörungen

- Z1 **Amenorrhoe/Oligomenorrhoe**  
FSH, LH, Prolaktin, 17- $\beta$ -Östradiol, Testosteron gesamt, SHBG, DHEA-S, bTSH
- Z2 **Polymenorrhoe/dysf. Blutungen**  
Progesteron, 17- $\beta$ -Östradiol, FSH, LH, Prolaktin, Testosteron gesamt, SHBG, DHEA-S, bTSH  
(Blutentnahme ca. 7 Tage prämenstruell)

### Funktionsteste

Proben bitte entsprechend kennzeichnen und unbedingt zusammen einsenden!

- F1 **GnRH-Test** 1. Blutentnahme für FSH- und LH-Basalwert  
2. Gabe von 100  $\mu$ g GnRH i. v.  
3. Blutentnahme n. 25 Min. für FSH-2 und LH-2  
4. Blutentnahme n. 45 Min. für FSH-3 und LH-3
- F2 **MCP-Test** 1. Blutentnahme für Prolaktin-Basalwert  
2. Gabe von 10 mg Paspertin (Metoclopramid) i. v.  
3. Blutentnahme n. 30 Min. für Prolaktin-2
- F3 **TRH-Test** 1. Blutentnahme für TSH-Basalwert  
2. Gabe von 200 (bis 400)  $\mu$ g TRH (Relefact) i. v.  
3. Blutentnahme n. 30 Min. für TSH-2
- F4 **Cortisol-Tagesrhythmik** Blutentnahme um 8.00/12.00/17.00 Uhr
- F5 **DXM-Test** 1. Blutentn. 8.00 Uhr für Cortisol, ges. Test., DHEA-S  
2. Um 23.00 Gabe von 2 mg Dexamethason p. o.  
3. Am nächsten Tag 8.00 Uhr Blutentnahme für Cortisol-2, ges. Test.-2 und DHEA-S-2 nach DXM
- F6 **ACTH-Test** 1. Blutentn. für Cortisol u. 17-OH-Progesteron morgens, nüchtern, 1. Zyklusphase  
2. Gabe von 250  $\mu$ g Synacthen i. v.  
3. Blutentnahme nach 30 Min.  
für Cortisol-2 u. 17-OH-Progesteron-2

### Einzelanforderungen

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> E1 FSH                         | <input type="checkbox"/> E12 17-OH-Progesteron  |
| <input type="checkbox"/> E2 LH                          | <input type="checkbox"/> E13 Cortisol           |
| <input type="checkbox"/> E3 17- $\beta$ -Östradiol (E2) | <input type="checkbox"/> E14 bTSH               |
| <input type="checkbox"/> E4 Progesteron                 | <input type="checkbox"/> E15 fT3                |
| <input type="checkbox"/> E5 Prolaktin                   | <input type="checkbox"/> E16 fT4                |
| <input type="checkbox"/> E6 Testosteron frei            | <input type="checkbox"/> E17 Testosteron gesamt |
| <input type="checkbox"/> E7 DHEA-S                      | <input type="checkbox"/> E18 Dihydrotestosteron |
| <input type="checkbox"/> E9 $\beta$ -HCG                | <input type="checkbox"/> E19 11-Desoxycortisol  |
| <input type="checkbox"/> E10 SHBG                       | <input type="checkbox"/> E20 Aldosteron         |
| <input type="checkbox"/> E11 Androstendion              | <input type="checkbox"/> E8 _____               |

Vertragsarztstempel u. Unterschrift überw. Arzt



998000010