

ANFORDERUNGSBOGEN
Stoffwechsellabor
Univ.Kinderklinik Göttingen

ABSENDER:

PROBEN **PER POST** AN:

Stoffwechsellabor
Dr.R.Krätzner
Robert-Koch-Str.40
37075 Göttingen

Tel.:0551-395904 Fax : 0551-396236
rkraetz@gwdg.de

Patientendaten (Aufkleber)

Name:_____

Vorname:_____

Geb.:_____

Pat.Nr.:_____

Zuständige Ärztin / Arzt:

Probe-Datum:

- Kassenpatient**
 Überweisungsschein
 Privatpatient
 ambulant
 stationär
Rechnungsadresse:

Diagnose/Symptome/Fragestellung:

Ernährung / Medikation

- Bekannter Patient Neuroblastom Stadium_____
- Initiale diagnostische Untersuchung

URIN 5 - 10 ml Spontanurin ohne Zusatz

- Homovanillin- und Vanillinmandelsäure (Katecholaminmetabolite)
- Hydroxyindolessigsäure (HIES)
- Organische Säuren
- Aminosäuren
- Guanidinoacetat, Kreatin und Kreatin/Kreatinin-Quotient

Blut 1-2 ml EDTA-, Heparinblut oder Serum

- Homovanillin- und Vanillinmandelsäure (Katecholaminmetabolite)
- Überlangkettige Fettsäuren (VLCFA)
- Phytansäure
- Pristansäure
- Plasmalogene **nur aus EDTA-Blut!!**
- Aminosäuren im Plasma **nüchtern !!**
- Phenylalanin u. Tyrosin
- Guanidinoacetat u. Kreatin

Liquor 1-2 ml Liquor (Versand auf Trockeneis)

- Homovanillin- und 5-OH-Indolessigsäure (Neurotransmitter HVS u.HIES)
- Aminosäuren

BITTE ALLE PROBEN AUF DEM **NORMALEN POSTWEG** AN DIE OBEN GENANNTEN ADRESSE SENDEN !