

Station

Tel / Fax

Abnahmedatum

Name:

Vorname:

Geb.-datum

Strasse:

PLZ:

Ort:

Anforderung für spezielle Lipiddiagnostik

(0,5 ml Plasma oder Serum – **kein** Vollblut, 1 mL Fruchtwasser)

Gewicht: _____ kg

Größe: _____ cm

Geschlecht: männlich
 weiblich

Vorläufige Diagnose(n):

Fragestellung:

- Cerebrotendinöse Xanthomatose Sonstiges: _____
 Smith-Lemli-Opitz-Syndrom
 Sitosterinämie
 Niemann-Pick-Disease, type C

Sterinanalyse:

Cholesterinvorstufen:

- Lathosterin, Desmosterin, Lanosterin
 7-Dehydrocholesterin

Pflanzliche Sterine/Stanoole

- Campesterin, Sitosterin
 Campestanol, Sitostanol

Cholesterinmetabolite:

- 5 α -Cholestanol
 4 β -Hydroxycholesterin
 7 α -Hydroxycholesterin
 24(S)-Hydroxycholesterin
 27-Hydroxycholesterin

Gallensäuren

- individuelle Gesamtgallensäuren

Sonstiges: _____

Befundanschrift:

Rechnungsanschrift:

Herr/Frau: _____

Herr/Frau: _____

Adresse: _____

Adresse: _____

Anfragender Arzt:

Name

Vorname

Abteilung/ Station

Datum

Tel.

Fax

Funk

Unterschrift