



Versandadresse:
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Stoffwechsellabor
Gebäude N23 – 2. Stock
Martinistr. 52
20246 Hamburg

Stoffwechsellabor
Prof. Dr. med. R. Santer
Dr. rer. nat. Z. Lukacs

**Anforderungsschein
Stoffwechsel-Untersuchungen
(externe Einsender)**

Patientendaten (oder Aufkleber):

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: ___ / ___ / _____

Probe vom: ___ / ___ / _____

Ext. Labornummer: _____

Kostenträger: _____

Privat-Patient: ja nein

Adresse (bei Privat-Patienten):

Einsender (evtl. Stempel – bitte ebenfalls
Station angeben – Rechnungsadresse, falls
abweichend, bitte auf der Rückseite angeben)

Klinische Informationen / Diagnose / Fragestellung:

(Bitte beachten Sie, dass eine korrekte Befundung ohne diese Angaben nicht möglich ist!)

Medikamente: ja nein

Infusion: ja nein

Besondere Ernährung: ja nein

Anforderung:(E- EDTA-Blut, T- Trockenblut, F- Fibroblasten¹, S- Serum, P- Plasma, U- Urin, L- Liquor)¹ Im Falle von Fibroblastenkulturen, bitte Rücksprache unter +49(0)40 7410-53735.

- Basis-Stoffwechselfeldiagnostik
(org. Säuren sowie Schnellteste aus Urin, Acylcarnitine aus Trockenblut, Aminosäuren aus Plasma)
- spezifische Verdachtsdiagnose: _____
- Verlaufskontrolle bei _____

Lysosomale Enzyme	Lysosomale Enzyme	weitere Enzyme
M. Pompe / α -Glukosidase (E,T) <input type="checkbox"/>	<i>Gangliosidosen</i>	Biotinidase (E, T) <input type="checkbox"/>
M. Gaucher / β -Glukosidase (E, T) <input type="checkbox"/>	GM1-Gangliosidose / β -Galaktosidase (E,T) <input type="checkbox"/>	Galaktose-1-P-Uridyltransferase (T) <input type="checkbox"/>
M. Niemann-Pick A/B / saure Sphingomyelinase (T) <input type="checkbox"/>	GM2-Gangliosidose / Gesamthexosaminidase (E,T) <input type="checkbox"/>	Aminosäuren
M. Fabry / α -Galaktosidase (E, T) <input type="checkbox"/>	Hexosaminidase A (E, T) <input type="checkbox"/>	Aminosäuren (P) <input type="checkbox"/>
<i>Mukopolysaccharidosen</i>	<i>Leukodystrophie</i>	Aminosäuren (U) <input type="checkbox"/>
MPS I / α -Iduronidase (E, T) <input type="checkbox"/>	Metachromatische Leukodystrophie / Arylsulfatase A (E, F) <input type="checkbox"/>	Aminosäuren (T, L) <input type="checkbox"/>
MPS II / Iduronat-2-sulfatase (E,T) <input type="checkbox"/>	M. Krabbe / β -Galactocerebrosidase (T) <input type="checkbox"/>	S-haltige Aminosäuren (U) <input type="checkbox"/>
Sanfilippo A-D (E) <input type="checkbox"/>	<i>Andere</i>	Phenylalanin (T) <input type="checkbox"/>
MPS IIIA/ Heparan-N-sulfatase (E) <input type="checkbox"/>	M. Wolman (CESD) / Saure Lipase (T) <input type="checkbox"/>	Fettsäure-Analytik
MPS IIIB/ N-Acetylglucosaminidase (E) <input type="checkbox"/>	Fettsäure-Oxidationsstörungen/ Organische Säuren/ Schnelltests	Essentielle Fettsäuren (E, P) <input type="checkbox"/>
MPS IIIC/ Acetyl CoA: α -glucosaminid N-acetyltransferase (E) <input type="checkbox"/>	Acylcarnitine (T) <input type="checkbox"/>	Superlangkettige Fettsäuren (E,P) <input type="checkbox"/>
MPS IIID / N-Acetylglucosamine-6-sulfatase (E) <input type="checkbox"/>	Org. Säuren im Urin <input type="checkbox"/>	Fettsäuren (E,P) <input type="checkbox"/>
MPS IV A (N-Acetylgalactosamin-6-sulfatase) (E) <input type="checkbox"/>	Org. Säuren im Liquor <input type="checkbox"/>	Ungeradzahlige Fettsäuren (E,P) <input type="checkbox"/>
MPS VI / Arylsulfatase B (T) <input type="checkbox"/>	Berry-Spot Test (U) <input type="checkbox"/>	Phytansäure (E,P) <input type="checkbox"/>
MPS VII / β -Glukuronidase (E, T) <input type="checkbox"/>	Sakagushi-Reaktion (U) <input type="checkbox"/>	Weitere Spezialdiagnostik
Mukolipidose II/III (T und P) <input type="checkbox"/>	Multistix (U) <input type="checkbox"/>	Schweißtest (<i>nur vor Ort</i>) <input type="checkbox"/>
<i>Neuronale Ceroidlipofuscinose</i>	Spezialdiagnostik Urin	Gesamt-Gallensäuren (S) <input type="checkbox"/>
CLN1 / PPT 1 (E, T) <input type="checkbox"/>	Mukopolysaccharide (U) <input type="checkbox"/>	Lipoprotein X (P) <input type="checkbox"/>
CLN2 / TPP 1 (E, T) <input type="checkbox"/>	Oligosaccharide (U) <input type="checkbox"/>	Vitamin A / E (S) <input type="checkbox"/>
CLN10 / Cathepsin-D-Defizienz (F) <input type="checkbox"/>	Osmolalität (U) <input type="checkbox"/>	TIMP (S) <input type="checkbox"/>
<i>Oligosaccharidosen</i>	Sulfatide (qual.) (U) <input type="checkbox"/>	Lyso GL-3 (T) <input type="checkbox"/>
α -Mannosidase (E, T) <input type="checkbox"/>	Weitere Diagnostik Blut / Liquor	Gesamt-Galaktose (T) <input type="checkbox"/>
β - Mannosidase (T) <input type="checkbox"/>	Gesamt-Galaktose (T) <input type="checkbox"/>	Osmolalität (P) <input type="checkbox"/>
Aspartylglucosaminurie / Aspartylglucosidase (Trockenplasma) <input type="checkbox"/>	Osmolalität (P) <input type="checkbox"/>	CDG - Diagnostik (S) <input type="checkbox"/>
α -Fucosidose (E, T) <input type="checkbox"/>	Sulfatide (qual.) (U) <input type="checkbox"/>	Sichelzellanämie (T) <input type="checkbox"/>

Datum

Telefon-Nummer für Rückfragen

anfordernde(r) Arzt / Ärztin

Name

Unterschrift

Rechnungsanschrift (falls nicht mit der
Einsenderanschrift identisch)