Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Status

Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum

Eintrag nur bei Weiterüberweisung!
Betriebsstätten-Nr. des Erstveranlassers | Arzt-Nr. des Erstveranlassers

Überweisungsschein für Laboratoriums-untersuchungen als Auftragsleistung

10

☐ Kurativ ☐ Präventiv ☐ bei belegärztl. Behandlung ☐ Unfall, Unfallfolgen

Auftragsnummer des Labors

Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!

Knappschafts-kennziffer

Quartal Q J J

☐ Kontrolluntersuchung bekannte Infektion

Behandlung gemäß ☐ § 116b SGB V

Eingeschränkter Leistungsanspruch ☐ gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

☐ Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch

Abnahmedatum T T M M J J

Abnahmezeit h h m m

SSW

☐ **Befund eilt,** Übermittlung an ☐ Telefon ☐ Fax Nr. _____

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag

Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt

Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülerunfällen

Muster 10 (10.2020)

Zur Abklärung vermuteter Stoffwechseldefizite sind in Abhängigkeit von der Symptomatik und vom Krankheitsbild des betroffenen Patienten die folgenden Untersuchungen erwünscht:
(bitte Zutreffendes ankreuzen und diese Anforderung oben unter "Auftrag" in den Überweisungsschein eintragen)

Anforderung	Klinische Symptomatik	Laboranalyse	PM Probematerial
☐	Apnoe, CK-Erhöhung, Encephalopathie, Hypotonie, Hypoglykämie, Hyperammonämie, Hepatopahie, Kardiomyopathie, Reye Syndrom, Myoglobinurie, SIDS oder ALTE, Geschwister von SIDS-Opfer	Freies Carnitin, Acylcarnitine	*TB*
☐	Muskelschmerzen, Muskelkrämpfe, z.A. Carnitinpalmitoyltransferase II Mangel	Freies Carnitin und spezifische Acylcarnitine	*S/P*
☐	Metab. Azidose, Konsanguinität, Hypotonie, Hypoglykämie, Hyperammonämie, Hepatopathie, Kardiomyopathie, Ketose, Laktatazidose, Makrozephalie, neurologische Symptomatik, Reye Syndrom, SIDS oder ALTE, Geschwister von SIDS-Opfer, Subd. Hygrome, Trinkschwäche	Organische Säuren	*U*
☐	Ataxie, Autismus, Muskelbeschwerden, (Sprach-) Entwicklungsverzögerung, Dysmorphie, Epilepsie / Krampfanfälle, Hyperammonämie, mentale / motorische Retardierung, nephrologische Symptomatik	Multiscan: Aminosäuren, Creatin, Guanidinoacetat	*U*
☐	Anämie, Autismus, Schläfrigkeit, Nierensteine, Wachstumsstörungen, Autoagression, rezidiv. Infekte, Mikrozephalie, Minderwuchs, Wachstumsstörung, Muskelschwund, Trinkschwäche	Purine & Pyrimidine	*U*
☐	Dysmorphie, Osteoporose, Wachstumsprobleme, Skelettdysplasie, Extremitätenanomalie (z.B. Syndaktylie), intersexuelles Genital, psychomotorische Retardierung	Cholesterol + Präkursoren	*S*
☐	Azidose, Coma, Encephalopathie, V. a. Energiestoffwechselstörung, Hypotonie, Hypoglykämie, Hyperammonämie, Hepatopathie, Krampfereignisse, Neutropenie, nephrologische Auffälligkeiten	Aminosäuren Quantitativ	*TB+S+U*
☐	Entwicklungsverzögerung, Ataxie, Paresen, Hepatomegalie, ophthalmologische Auffälligkeiten, sensorische Störungen, progrediente neurologische Symptomatik	Überlangkettige Fettsäuren	*S*
☐	Anämie, Epilepsie, Thromboseanfälligkeit, Myopie, progrediente psychomotorische Retardierung	Homocystein	*T*
☐	Muskelbeschwerden, Bewegungsschwierigkeiten, Hypotonie, (Sprach-) Entwicklungsverzögerung, Organvergrößerungen (Leber, Milz), Katarakt, kirschroter Fleck auf der Makula, grobe Gesichtszüge, Minderwuchs, Sklettdysplasie, Aszites	Oligosaccharide (z.B. M. Pompe)	*U*
☐	Dysostosis multiplex, Katarkt/Hornhauttrübung, Retinopathie, Minderwuchs, grobe Gesichtszüge, Makrozephalie, Organvergrößerungen, Cardiomyopathie, Neurodegeneration, Hydrozephalus	Mucopolysaccharide / Glycosaminoglycane	*U*
☐	Knochenkrankheiten, Minderwuchs, Hämatome, progrediente Demenz, Ataxie, Katarakt, Organvergrößerungen (Leber, Milz), Thrombozytopenie, Angiokeratome, Neurodegeneration, Gedeihstörung	Sphingolipide (z.B. Fabry, Gaucher)	*S/P*
☐	Vit B6 abhängige Krampfanfälle, Epilepsie	2-AASA /Pipecolinsäure	*U*

Abnahme und Versand:
· **S/P = Serum/Plasma:** Die Blutabnahme vor der Mahlzeit, innerhalb einer Stunde nach Abnahme abzentrifugieren und das den Serum- / Plasmaüberstand einsenden. Versand bei Raumtemperatur.
· **TB = Trockenblut- / Guthriekarte:** Blutabnahme vor der Mahlzeit. Mit einer sterilen Einweglanzette die Fingerbeeren einstechen (nach Desinfektion). 2 Kreise voll ausfüllen, Rück- und Vorderseite (gleichmäßig vollgesogen). Betropfte Karten bei Raumtemperatur 3-4 Stunden offen trocknen lassen und dann versenden. Karte nicht in Plastikfolie einpacken!
· **U = Urin:** Abnahme der Urinprobe vor der Mahlzeit. Wenn möglich Konservierung durch 2 Tropfen Chloroform. Versand bei Raumtemperatur.

Zentrum für Stoffwechseldiagnostik · Wörthstraße 47 · D-72764 Reutlingen · Geschäftsführer: Dr. Herbert Korall · HRB 352805, Stuttgart · USt-IdNr: DE 166070645 · Bankverbindung: Kreissparkasse Reutlingen · IBAN: DE24 6405 0000 0000 0858 05 · BIC: DAAEDEDDXXX · Wissenschaftlicher Berater: Dr. med. G. Frauendienst-Egger