

Patient (ggf. Patientenetikett)

Name weiblich
 männlich

Vorname

Straße Geburtsdatum

PLZ, Ort

Einsender (ggf. Stempel)



Laboratoriumsmedizin Dortmund

Brauhausstraße 4
 44137 Dortmund

Tel.: 0231 · 95 72-0
 Fax: 0231 · 57 98 34

info@labmed.de
 www.labmed.de

Rückfragen an

Name

Tel-Nr.

Fax-Nr.

Mail

Probenmaterial

Datum/Uhrzeit

Blut/Vollblut

Citrat-Plasma [CP]

EDTA-Blut [E]

EDTA-Plasma [EP]

NaF-Blut [Na]

Serum [S]

Urin [U]

Morgenurin [UM]

sonst. Material/Anmerk.

Nur vom Labor auszufüllen

Auftragsnummer

Rechnung

Rechnung an Patienten/in

Anforderungsschein Hypophosphatämische Rachitis (HR)

Version 06/2018

Klinische Angaben

.....

.....

Angeforderte Diagnostik mit benötigtem Probenmaterial und Hinweis zu Versand/Transport (V/T)

- Vitamin D3/1,25-Dihydroxy-Cholecalciferol Serum: 2ml (V/T: gefroren, lichtgeschützt)
 - Phosphat, anorganisch im Serum Serum: 1 ml, binnen 30 min vom Blutkuchen trennen (V/T: gekühlt, nicht gefroren)
 - Phosphat, anorganisch im Urin 24h-Urin: 5 ml (V/T: gekühlt, nicht gefroren)
 - Phosphatase, alkalische Serum: 1 ml (V/T: gekühlt, nicht gefroren)
 - Calcium im Serum Serum: 1 ml (V/T: gekühlt, nicht gefroren)
 - FGF23-Spiegel EDTA-Plasma: 1 ml (V/T: gefroren)
 - PTH-Spiegel EDTA-Blut: 2 ml, morgens nüchtern (V/T: gekühlt, nicht gefroren) oder EDTA-Plasma
-
- Molekulargenetik*
 PHEX, FGF23, DMP1 Genotypisierung EDTA-Blut: 2 ml

Einverständniserklärung Patient/-in (Ein ausführliches Formular zur Aufklärung inkl. Einwilligungserklärung gem. GenDG findet sich unter www.labmed.de.)

- Ich wurde durch u.g. Ärztin/Arzt gemäß Gendiagnostikgesetz aufgeklärt und (sofern gewünscht) humangenetisch beraten.
- Ich willige in die genannte genetische Diagnostik ein.
- Ich willige zusätzlich ein, dass Probe und Daten anonymisiert für wissenschaftliche Fragen verwendet werden.

Ort, Datum Unterschrift **Patient/-in** bzw. Name & Unterschrift gesetzl. Vertreter/in Name/Stempel, Unterschrift verantwortl. **Ärztin/Arzt**

Ersatzweise Erklärung der/des verantwortlichen Ärztin/Arztes:

Patient/in (bzw. gesetzl. Vertreter) wurde gemäß Gendiagnostikgesetz aufgeklärt und (sofern gewünscht) humangenetisch beraten. Die schriftliche Einwilligung für die o.g. genetische Untersuchung liegt mir vor.

Ort, Datum Name/Stempel und Unterschrift verantwortl. **Ärztin/Arzt**