



Patient (ggf. Patientenetikett)	
Name	<input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> divers
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	
Rechnung	
<input type="radio"/> Rechnung an Patient:in	<input type="radio"/> ambulant \$116b
<input type="radio"/> Überweisungsschein (Muster 10)	<input type="radio"/> stationär/Rechnung an Einsender

Nur vom Labor auszufüllen
Auftragsnummer

Anforderungsschein Hypophosphatämische Rachitis (HR)

Version 08/2021

Klinische Angaben

.....

.....

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

- | | |
|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> Vitamin D3/1,25-Dihydroxy-Cholecalciferol | Serum: 2ml (V/T: gefroren, lichtgeschützt) |
| <input type="radio"/> Phosphat, anorganisch im Serum | Serum: 1 ml, binnen 30 min vom Blutkuchen trennen (V/T: gekühlt, nicht gefroren) |
| <input type="radio"/> Phosphat, anorganisch im Urin | 24-Std.-Urin: 5 ml (V/T: gekühlt, nicht gefroren) |
| <input type="radio"/> Phosphatase, alkalische | Serum: 1 ml (V/T: gekühlt, nicht gefroren) |
| <input type="radio"/> Calcium im Serum | Serum: 1 ml (V/T: gekühlt, nicht gefroren) |
| <input type="radio"/> FGF23-Spiegel | EDTA-Plasma: 1 ml (V/T: gefroren) |
| <input type="radio"/> PTH-Spiegel | EDTA-Blut: 2 ml, morgens nüchtern (V/T: gekühlt, nicht gefroren) oder EDTA-Plasma |
| <input type="radio"/> <i>Molekulargenetik</i>
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. Vertrete:in Name/Stempel, Unterschrift verantwortl. Ärztin/Arzt

Ersatzweise Erklärung der/des verantwortlichen Ärztin/Arztes:

Der/die Patient:in (bzw. gesetzl. Vertreter:in) 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 verantwortliche/r Ärztin/Arzt