

Station

Tel / Fax

Abnahmedatum

Name:

Vorname:

Geb.-datum

Strasse:

PLZ:

Ort:

Anforderung für spezielle Lipidanalytik

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

Messergebnisse dienen nur zu Forschungszwecken und sind nicht für die Diagnostik zu verwenden.

Gewicht: _____ kg

Größe: _____ cm

Geschlecht: männlich
 weiblich

Vorläufige Diagnose(n):

Fragestellung:

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

Sonstiges: _____

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:

Herr/Frau: _____

Adresse: _____

Anfragender Arzt:

Tel. _____

Fax _____

Funk _____

Datum _____

Unterschrift