

Labor für Molekulare Diagnostik und Mitochondriale Genetik - MITOLAB

akkreditiert nach DIN EN ISO/IEC 15189
(Prof. Dr. Matthias F. Bauer)

Bremserstraße 79, D-67063 Ludwigshafen am Rhein

Sekretariat: Tel: (0621) 503 3501 Fax: (0621) 503 3520

Untersuchungsantrag für molekulargenetische Diagnostik

PATIENT <small>(bitte wenn möglich EDV-Etikett einkleben)</small>	
Name, Vorname _____	Geb.-Datum _____
PLZ, Wohnort, Straße, Nr. _____	
VERSICHERTER (falls abweichend vom Patienten)	
Name, Vorname _____	Geb.-Datum _____
PLZ, Wohnort, Straße, Nr. _____	

KOSTENVERRECHNUNG

- Kassenpatient, stationär** (Kostenträger = Einsender)
- Kassenpatient, ambulant** (Bei ambulanten Patienten ist ein Überweisungsscheins unerlässlich)
Ausnahme: Pat. des Klinikum Ludwigshafen
- Privatpatient** (vollständige Adresse des Pat. angeben)
- Selbstzahler** (vollständige Adresse des Pat. angeben)

EINSENDER			
Klinikum, Praxis _____			
Einsendender Arzt _____	Station _____	Telefon _____	Fax _____
PLZ, Ort, Straße, Nr. _____			

Bitte Einsenderstempel und
Datum und Unterschrift

Datum der Probenentnahme: _____

Wichtige Hinweise:

- Bitte den Antrag möglichst vollständig ausfüllen (vor allem Tel.- und Faxnummer nicht vergessen!)
- Probengefäße mit Name, Vorname und Geb.-Datum kennzeichnen. Bearbeitung sonst nicht möglich!
- Einverständniserklärung des Patienten beifügen. Sie finden die Einverständniserklärung auf unserer Homepage unter www.klilu.de
- Das Leistungsspektrum entnehmen Sie bitte ebenfalls unserer Homepage www.klilu.de
- Dort finden Sie auch Angaben zu den Materialien und dem Probentransport.
- Bei Fragen erreichen Sie uns telefonisch unter 0621 / 503 – 3501 oder per Mail labormedizin@klilu.de

Bitte füllen Sie nachfolgenden Fragebogen zu den Klinischen Angaben aus.

Gerne können Sie auch ärztliche Befunde oder Berichte beifügen.

Verdachtsdiagnose _____

Ersterkrankung

Krankheit _____

Alter bei Krankheitsbeginn _____

Familienanamnese

Ähnliche Erkrankungen in der Familie Ja Nein

Väterliche Linie _____

Mütterliche Linie _____

Geschwister Anzahl _____, davon erkrankt _____

Erbgangnachweis Ja Nein

(Ggf. Stammbaum beilegen)

Patient _____ Name, Vorname	_____ Geb.-Datum
--------------------------------	---------------------

Krankheitssymptome

Bitte wenn möglich die Reihenfolge des Auftretens angeben.

- | | |
|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Anämie, seit _____ | <input type="checkbox"/> Menstruationsstörung, seit _____ |
| <input type="checkbox"/> Ataxie, seit _____ | <input type="checkbox"/> Mentale Retardierung, seit _____ |
| <input type="checkbox"/> Basalgangliendegeneration, seit _____ | <input type="checkbox"/> Migräne, seit _____ |
| <input type="checkbox"/> Belastungsintoleranz, seit _____ | <input type="checkbox"/> Minderwuchs, seit _____ |
| <input type="checkbox"/> Blindheit, seit _____ | <input type="checkbox"/> Myalgien, seit _____ |
| <input type="checkbox"/> CK-Erhöhung, seit _____ | <input type="checkbox"/> Myoklonus-Epilepsie, seit _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus, seit _____ | <input type="checkbox"/> Myopathie, seit _____ |
| <input type="checkbox"/> Dysarthrie, seit _____ | <input type="checkbox"/> Nephropathie, seit _____ |
| <input type="checkbox"/> Dystonie, seit _____ | <input type="checkbox"/> Neuropathie, seit _____ |
| <input type="checkbox"/> Entwicklungsverzögerung, seit _____ | <input type="checkbox"/> Ophthalmoplegie, seit _____ |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie, seit _____ | <input type="checkbox"/> Parkinson-Syndrom, seit _____ |
| <input type="checkbox"/> Floppy Infant/Kind, seit _____ | <input type="checkbox"/> Psychose, seit _____ |
| <input type="checkbox"/> Gastrointest. Störung, seit _____ | <input type="checkbox"/> Ptose, seit _____ |
| <input type="checkbox"/> Hepatopathie, seit _____ | <input type="checkbox"/> Retinopathie, seit _____ |
| <input type="checkbox"/> Kachexie, seit _____ | <input type="checkbox"/> Schlaganfälle, seit _____ |
| <input type="checkbox"/> Kardiomyopathie, seit _____ | <input type="checkbox"/> Schwerhörigkeit, seit _____ |
| <input type="checkbox"/> Katarakt, seit _____ | <input type="checkbox"/> Taubheit, seit _____ |
| <input type="checkbox"/> Laktatazidose, seit _____ | |

weitere:

Vorhandene Voruntersuchungen

Muskelbiopsie

- Nein
 Ja, Institut _____

Histologie

- myopathisch
- neurogener Umbau
- Ragged Red Fibers (RRF)
- COX-negative Fasern
- SDH-hyperreaktive Fasern
- generelle Abschwächung COX
- generelle Abschwächung SDH
- Lipidspeicherung in Fasern
- abnorme Mitochondrien (EM)

Biochemie (Atmungskette)

- Nein
 Ja normal
 isolierter Defekt _____
 kombinierter Defekt _____

Weitere Laborbefunde

- Hb _____
CK _____
Laktat _____
Sonstige Analyte _____
(Ggf. Befund beilegen)

Radiologie / Röntgen

- CT _____
MR _____
Spektroskopie _____
(Ggf. Befund beilegen)

Genetische Untersuchungen

- _____

(Ggf. Befund beilegen)

Andere Befunde

- _____

(Ggf. Befund beilegen)