



Untersuchungsauftrag Osteopathologie bei Verdacht auf Metabolische Erkrankungen

Befundabfrage:
Telefon 040 7410-59361
Telefax 040 7410-54961
patho@uke.de

Einsender:

Adresse:

Ärztin / Arzt:

Telefon:

Fax:

E-Mail:

**Wichtig für
Rückfragen!**

Patientendaten / Aufkleber:

Station _____

Name _____ Vorname _____

Straße _____

PLZ _____ Ort _____

Geburtsdatum _____ Versicherung _____

Versichertenstatus

- GKV (Kasse) PKV (privat)
 private Zusatzvers. Wahlleistung

Zusatzversicherung _____

- ambulant stationär

Klinische Fragestellung:

Entnahmedatum: _____

Anzahl Präparate: _____

Frakturen:

Ärztin / Arzt: _____

Unterschrift

Tetracyclinmarkierung: ja nein

Für die Markierung wird dem Patienten je 1 g Tetracyclin oral an zwei aufeinanderfolgenden Tagen gegeben. Nach 10 Tagen Pause erfolgt die erneute Gabe von je 1 g Tetracyclin an zwei aufeinanderfolgenden Tagen. 4 bis 6 Tage nach der letzten Gabe erfolgt dann die Entnahme der transiliakalen Beckenkammbiopsie.

Klinische Angaben zur Diagnose:

Serum-Konzentrationen	Therapie	Dosis / Dauer	Hämodialyse:	DXA:
Calcium: _____	Vitamin D: _____	Beginn: _____	Beginn: _____	T-score LWS: _____
Phosphor: _____	Calcium: _____	Dauer (Monate): _____	Dauer (Monate): _____	T-score Hüfte: _____
Alk. Phosphatase: _____	Bisphosphonate: _____	Calcium im Dialysat: _____	Calcium im Dialysat: _____	
Kreatinin: _____	Parathormon / Teriparatid: _____			
PTH: _____	Strontiumranelat: _____	Nierentransplantation: _____		
25-OH-Vit. D: _____	RANKL-Ak (Prolia): _____	Datum: _____		
1,25-Di-OH-Vit. D: _____	PPI: _____	Status von NSD: _____		
	Steroide: _____			

EDTA AC
HE GO
Gie Gie
ASD Fe
Fe sPh
Gö 12 µm
5 x leer