

Anforderungs- und Befundbogen Anti-Gangliosid- und Anti-MAG Antikörpertests

Institut für Klinische Chemie und
Laboratoriumsmedizin
Prof. Dr. Dr. Thomas Renné
Universitätsklinikum Eppendorf
Martinistr. 52
20246 Hamburg

Tel: (040) 7410-52998
Fax: (040) 7410-58070

Patient: _____

Proben-Nr: _____

Verlaufskontrolle: ☐ ja
☐ nein

Arzt: _____

Tel.: _____

Diagnose: _____

Entnahmedatum: _____

Eingangsdatum: _____

Spezielle Fragestellung: _____

Anforderung / Ergebnisse:

IgG

IgM

Anti-GD 1b

Cut-Off:
erhöht, Kontrolle empfohlen:
stark erhöht

☐ _____
1000 U/ml
1000 - 3600 U/ml
> 3600 U/ml

☐ _____
1000 U/ml
1000 - 1600 U/ml
> 1600 U/ml

Anti-GM 1

Cut-Off:
erhöht, Kontrolle empfohlen:
stark erhöht

☐ _____
800 U/ml
800 - 3400 U/ml
> 3400 U/ml

☐ _____
800 U/ml
800 - 1700 U/ml
> 1700 U/ml

Anti-GQ 1b

Cut-Off:

☐ _____
800 U/ml

—

Anti-MAG

Cut-Off:

—

☐ _____
1.000 U/ml

Beurteilung: _____

Hamburg, den _____

Unterschrift _____