

**Versandadresse:**  
**Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf**  
**Stoffwechsellabor**  
**Gebäude N22 – Erdgeschoß**  
**Martinistr. 52**  
**20246 Hamburg**

**Anforderungsschein  
Stoffwechsel-Untersuchungen  
( externe Einsender )**

**Patientendaten (oder Aufkleber):**

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Probe vom: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Ext. Labornummer: \_\_\_\_\_

Kostenträger: \_\_\_\_\_

Privat-Patient: ja  nein

Adresse (bei Privat-Patienten):

**Einsender** (evtl. Stempel – bitte ebenfalls  
Station angeben – Rechnungsadresse, falls  
abweichend, bitte auf der Rückseite angeben)

**Klinische Informationen / Diagnose / Fragestellung:**

*(Bitte beachten Sie, dass eine korrekte Befundung ohne diese Angaben nicht möglich ist!)*

---

---

---

**Medikamente:** ja  nein

**Infusion:** ja  nein

**Besondere Ernährung:** ja  nein

**Anforderung:**(E- EDTA-Blut, T- Trockenblut, F- Fibroblasten<sup>1</sup>, S- Serum, P- Plasma, U- Urin, L- Liquor)<sup>1</sup> Im Falle von Fibroblastenkulturen, bitte Rücksprache unter +49(0)40 7410-53737.

- Basis-Stoffwechselfeldiagnostik  
(org. Säuren sowie Schnellteste aus Urin, Acylcarnitine aus Trockenblut, Aminosäuren aus Plasma)
- spezifische Verdachtsdiagnose: \_\_\_\_\_
- Verlaufskontrolle bei \_\_\_\_\_

Lysosomale Enzyme	Lysosomale Enzyme	weitere Enzyme
M. Pompe / $\alpha$ -Glukosidase (E,T) <input type="checkbox"/>	<i>Gangliosidosen</i>	Biotinidase (E, T) <input type="checkbox"/>
M. Gaucher / $\beta$ -Glukosidase (E, T) <input type="checkbox"/>	GM1-Gangliosidose / $\beta$ -Galaktosidase (E,T) <input type="checkbox"/>	Galaktose-1-P-Uridyltransferase (E,T) <input type="checkbox"/>
M. Niemann-Pick A/B / saure Sphingomyelinase (E,T) <input type="checkbox"/>	GM2-Gangliosidose / Gesamthexosaminidase (E,T) <input type="checkbox"/>	<b>Aminosäuren</b>
M. Fabry / $\alpha$ -Galaktosidase (E, T) <input type="checkbox"/>	Hexosaminidase A (E, T) <input type="checkbox"/>	Aminosäuren (E,P) <input type="checkbox"/>
<i>Mukopolysaccharidosen</i>	<i>Leukodystrophie</i>	Aminosäuren (U) <input type="checkbox"/>
MPS I / $\alpha$ -Iduronidase (E, T) <input type="checkbox"/>	Metachromatische Leukodystrophie / Arylsulfatase A (E) <input type="checkbox"/>	Aminosäuren (L) <input type="checkbox"/>
MPS II / Iduronat-2-sulfatase (E,T) <input type="checkbox"/>	M. Krabbe / $\beta$ -Galactocerebrosidase (E,T) <input type="checkbox"/>	Aminosäuren (T) <input type="checkbox"/>
Sanfilippo A-D (E) <input type="checkbox"/>	<i>Andere</i>	Phenylalanin (T) <input type="checkbox"/>
MPS IIIA/ Heparan-N-sulfatase (E) <input type="checkbox"/>	M. Wolman (CESD) / Saure Lipase (E,T) <input type="checkbox"/>	<b>Fettsäure-Analytik</b>
MPS IIIB/ N-Acetylglucosaminidase (E,T) <input type="checkbox"/>		Essentielle Fettsäuren (E) <input type="checkbox"/>
MPS IIIC/ Acetyl CoA: $\alpha$ -glucosaminid N-acetyltransferase (E) <input type="checkbox"/>	<b>Fettsäure-Oxidationsstörungen/ Organische Säuren/ Schnelltests</b>	Superlangkettige Fettsäuren(E) <input type="checkbox"/>
MPS IV A (N-Acetylgalactosamin-6-sulfatase) (E,T) <input type="checkbox"/>	Acylcarnitine (T) <input type="checkbox"/>	Phytansäure (E) <input type="checkbox"/>
MPS VI / Arylsulfatase B (E,T) <input type="checkbox"/>	Org. Säuren (U) <input type="checkbox"/>	<b>Weitere Spezialdiagnostik</b>
MPS VII / $\beta$ -Glukuronidase (E, T) <input type="checkbox"/>	Berry-Spot Test (U) <input type="checkbox"/>	Schweißtest ( <i>nur im Kinder UKE</i> ) <input type="checkbox"/>
Mukolipidose II/III (T und P) <input type="checkbox"/>	Sakagushi-Reaktion (U) <input type="checkbox"/>	Gesamt-Gallensäuren (S) <input type="checkbox"/>
Multiplex (MPS II, IIIB, IVA, IVB, VI, VII) <input type="checkbox"/>	Multistix (U) <input type="checkbox"/>	Lipoprotein X (S) <input type="checkbox"/>
<i>Neuronale Ceroidlipofuscinose</i>	<b>Spezialdiagnostik Urin</b>	Vitamin A / E (S) <input type="checkbox"/>
CLN1 / PPT 1 (E, T) <input type="checkbox"/>	Mukopolysaccharide (U) <input type="checkbox"/>	TIMP (S) <input type="checkbox"/>
CLN2 / TPP 1 (E, T) <input type="checkbox"/>	Sulfatide (qual.) (24 h-U) <input type="checkbox"/>	<b>Weitere Diagnostik Blut / Liquor</b>
<i>Oligosaccharidosen</i>		Gesamt-Galaktose (E,T) <input type="checkbox"/>
$\alpha$ -Mannosidase (E, T) <input type="checkbox"/>		CDG- Diagnostik, T-IEF (S) <input type="checkbox"/>
$\beta$ - Mannosidase (E,T) <input type="checkbox"/>		Hämoglobin-Analyse (T) <input type="checkbox"/>
$\alpha$ -Fucosidase (E, T) <input type="checkbox"/>		

Datum

 \_\_\_\_\_  
 Telefon-Nummer für Rückfragen
 \_\_\_\_\_

anfordernde(r) Arzt / Ärztin

Name

Unterschrift

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Rechnungsanschrift (falls nicht mit der  
Einsenderanschrift identisch)