

Auftrag zur biochemischen Untersuchung von Biopsiematerial

Patient:

NP-Nr.:

Geburtsdatum: m/ w

Klinische Verdachtsdiagnose:

Neuropathologische Diagnose:

Auf Wunsch der Klinik sollen folgende **biochemische/molekulargenetische** Untersuchungen des Nativgewebes durchgeführt werden (Zutreffendes bitte ankreuzen):

Atmungskette, Mitochondrienstoffwechsel
Carnitin
Fettsäure-Metabolismus, speziell:
Carnitin-Palmitoyl-Transferase
Lang-/Mittel-/Kurz-kettige Acyl-CoA-Dehydrogenase

Myadenylat-Deaminase

Glykogensynthese und Glykogenolyse, speziell:
Saure Maltase (Pompe)
Phosphofruktokinase
Phosphorylase (McArdle)
Alle Enzyme der Glykolyse


Sonstiges:

Molekulargenetische Untersuchung bei Verdacht auf:

Erklärung: Die Kostenübernahme von Seiten der Klinik ist gesichert.

Rechnung bitte stellen an:

(Adresse)


Unterschrift des behandelnden Arztes

Datum: