

ÖGK für	SVS GW / LW	BVAEB OEB / EB	BKK der	andere Kostenträger	1 Erwerbstätig Arbeitslos Selbstvers.	5 Pensionisten	7 Kriegs- hinter- bliebene(r)	Zwischen- Staatl. Soz. Land:
Bitte den Namen des Kostenträgers einsetzen!					Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!			

An: Zentrum Medizinische Genetik Innsbruck
 Direktor: Univ.-Prof. Dr.med Johannes Zschocke, Ph.D.
 Peter-Mayr-Str. 1, 6020 Innsbruck, Tel. 0512-9003-70531



Stoffwechseldiagnostik

Familiennamen	Vorname(n)	Versicherungsnummer
Patient	 Tag Monat Jahr (Geburtsdatum)
<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich		
Anschrift		
Versicherter (nur auszufüllen, wenn ein Patient ein Angehöriger ist)		
	 Tag Monat Jahr
Beschäftigt bei (Dienstgeber, Dienstort)		
Abrechnungsmodus:	Stempel des überweisenden Vertrags(fach)arztes	
<input type="checkbox"/> ambulant	bei Kliniken: Kostenstellenaufkleber	
<input type="checkbox"/> stationär		
<input type="checkbox"/> Rechnung an Zuweiser		
<input type="checkbox"/> Rechnung an Patient <small>(FB Kostenübernahme notwendig!!!)</small>		
..... Ausstellungstag Unterschrift	

Diagnose:

.....
 (Fragestellung bitte unten eintragen)

Diagnostische Analyse Ausschlussanalyse
 Verlaufskontrolle Forschung

Gewünschte Untersuchung / Leistung: **Notfall**

Acylcarnitine Aminosäuren Phe+Tyr (PKU)
 Lipidomics Sonstiges

.....

Probenmaterial:

Entnahmedatum: Letzte Mahlzeit vor Std.

Trockenblut Plasma Serum Vollblut (EDTA)
 Sonstiges.....

Feld nicht beschriften

Für Rückfragen:
 Name anfordernde/r Arzt/Ärztin in Druckbuchstaben Telefon-Nr. Email

Probenmaterial: • Acylcarnitine, Aminosäuren, Phe/Tyr : 2 ml EDTA-Vollblut / 0.2 ml Plasma / mind. 2 Felder bei Trockenblutkarte
 • Lipidomics : 2 ml EDTA-Vollblut / mind.4 Felder bei Trockenblutkarte
 • Cardiolipine : 6 ml EDTA-Vollblut / mind. 4 Felder bei Trockenblutkarte

Fragestellung/Informationen

Klinische Informationen/Weiterführende Informationen/Kommentare: (Für eine umfassende Beurteilung unbedingt notwendig!)	<input type="checkbox"/> Akute Erkrankung/Entgleisung <input type="checkbox"/> Ausgeglichene Stoffwechsellage <input type="checkbox"/> Belastungstest (bitte Details angeben) <input type="checkbox"/> Besondere Ernährung/Diät/ Supplementierung (Details bitte angeben, z.B. Lipide, MCT)
.....	