

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum



--	--

männlich    weiblich    divers

## ANFORDERUNGSSCHEIN LITHOGENE SUBSTANZEN

Angaben zum Patienten	
Klinische Angaben:	_____
Behandlung:	_____
Pathologische Werte:	_____
Serum	_____
Urin	_____
US/Röntgen	_____
Steinanalyse	_____

### Bitte Proben unbedingt nach Anweisung konservieren (s. u.)

PLASMA
<input type="checkbox"/> Oxalat, Citrat, Glycolat, Glycerat, Hydroxy-oxo-Glutarat (HOG)
<input type="checkbox"/> Oxalat <input type="checkbox"/> Citrat <input type="checkbox"/> Glycolat <input type="checkbox"/> Glycerat <input type="checkbox"/> Hydroxy-oxo-Glutarat (HOG) <input type="checkbox"/> Sulfat <input type="checkbox"/> Phosphat
<input type="checkbox"/> Sonstige Untersuchungen: _____ _____

SPONTANURIN
<input type="checkbox"/> <b>Lithogenes Profil</b> Oxalat, Citrat, Glycolat, Glycerat, Hydroxy-oxo-Glutarat (HOG), Sulfat, Phosphat, Cystin
<input type="checkbox"/> Oxalat <input type="checkbox"/> Citrat <input type="checkbox"/> Glycolat <input type="checkbox"/> Glycerat <input type="checkbox"/> Sulfat <input type="checkbox"/> Phosphat <input type="checkbox"/> Hydroxy-oxo-Glutarat (HOG) <input type="checkbox"/> Harnsäure <input type="checkbox"/> Calcium <input type="checkbox"/> Magnesium <input type="checkbox"/> Cystin
<b>Anzahl Proben</b> _____
<input type="checkbox"/> Steinanalyse (Infrarot-Spektr.)

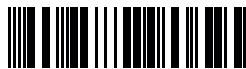
SAMMELURIN
<input type="checkbox"/> <b>Lithogenes Profil</b> Oxalat, Citrat, Glycolat, Glycerat, Hydroxy-oxo-Glutarat (HOG), Sulfat, Phosphat, Cystin
<input type="checkbox"/> Oxalat <input type="checkbox"/> Citrat <input type="checkbox"/> Glycolat <input type="checkbox"/> Glycerat <input type="checkbox"/> Sulfat <input type="checkbox"/> Phosphat <input type="checkbox"/> Hydroxy-oxo-Glutarat (HOG) <input type="checkbox"/> Harnsäure <input type="checkbox"/> Calcium <input type="checkbox"/> Magnesium <input type="checkbox"/> Cystin
<b>Gewicht</b> _____ <b>kg</b>
<b>Größe</b> _____ <b>cm</b>
<b>Urinvolumen</b> _____ <b>ml</b>
<b>Anzahl Proben</b> _____

**Informationen zur korrekten Probenkonservierung:**

**Plasma:** Bitte nehmen Sie 2 – 3 ml Blut in einem auf Eis plaziertem Lithium-Heparinröhrchen ab und verarbeiten Sie es innerhalb von 10 Minuten. Zur adäquaten Konservierung wird Blut zuerst bei 1000 x g und 4 ° C für 5 Min. zentrifugiert. Das so gewonnene Plasma wird später bei 1500 x g und 4 ° C für 20 Min. mittels eines Centrifugier-I-Ultrafiltrationsröhrchens (Sartorius GmbH, Göttingen, Deutschland) Cutoff 10 kD ultrafiltriert. 20 µL 2 molare Salzsäure (HCL) werden pro ml Plasma in die innere Kammer des Ultrafiltrationsröhrchens hinzugegeben, um somit eine simultane Azidifizierung (pH < 1,8) des Plasmas zu gewährleisten. Mit dieser Methode zur Konservierung ist es möglich das Ultrafiltrat für 14 – 21 Tage bei -20 ° C einzufrieren. Bitte versenden Sie die Proben auf Trockeneis.

**Sammelurin:** 10 ml Thymol 5 % in Isopropanol oder 10 ml 6 N HCL pro Liter Urin vor der Sammlung in Sammelgefäß geben. Urin kühl lagern. 2 x 10 ml Aliquot einsenden.

**Spontanurin:** mit Thymol 5 % in Isopropanol oder mit 6 N HCL versetzen (0,1 ml je 10 ml). Urin kühl lagern. 10 ml Urin einsenden. Es können auch <10 ml Urin eingeschickt werden, sollten die angegebenen Mengen nicht möglich sein.



0007 0380 02

Stempel, Unterschrift des einsendenden Arztes
---

Datum \_\_\_\_\_