

**Institut für Laboratoriumsmedizin,  
Klinische Chemie und Molekulare  
Diagnostik**



UNIVERSITÄT  
LEIPZIG

Medizinische Fakultät



**Universitätsklinikum  
Leipzig**

Medizin ist unsere Berufung.



Deutsche  
Akkreditierungsstelle  
D-ML-13195-05-00  
D-PL-13195-02-01

**Direktor: Prof. Dr. med. Berend Isermann**  
Liebigstraße 27, 04103 Leipzig (Postanschrift)  
Paul-List-Straße 13 / 15, 04103 Leipzig (Annahme)  
Email: berend.isermann@medizin.uni-leipzig.de

http://ilm.uniklinikum-leipzig.de  
Befundauskunft: Leitstelle Tel: 0341 97 22222

**Begleitschein Stoffwechseldiagnostik**

**Diesen Begleitschein bitte immer der Probe beilegen!**

Material:  
Auftragsnummer:  
Datum:  
Anfordernder Arzt:  
Telefonnummer des anfordernden Arztes:

Name des Patienten:
Geburtsdatum:
Einsender:
Telefon:
Fax:

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift / Stempel

**Achtung:** Ohne Angaben zu (Verdachts-)diagnose, Medikation und Ernährung ist eine medizinische Befunderstellung nicht möglich!

<b>Fragestellung</b>	
<b>Klinische Information</b>	
<b>Anmerkungen</b> <b>Kommentare</b>	
<b>Abnahme nüchtern</b>	<input type="checkbox"/> nein, <input type="checkbox"/> ja, <input type="checkbox"/> unbekannt
<b>Medikamente</b>	<input type="checkbox"/> nein, <input type="checkbox"/> ja (unbedingt angeben!), welche:
<b>Infusion</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (unbedingt angeben!), welche: <input type="checkbox"/> Aminosäureinfusion, <input type="checkbox"/> Glucoseinfusion <input type="checkbox"/> Fettinfusion, <input type="checkbox"/> andere:
<b>Transfusion</b>	<input type="checkbox"/> nein, <input type="checkbox"/> ja, welche:
<b>Besondere Ernährung</b>	<input type="checkbox"/> nein, <input type="checkbox"/> ja (unbedingt angeben!), welche: <span style="float: right;">MCT <input type="checkbox"/></span>
<b>Anamnese</b> Geburt _____ SSW Symptomatisch ab _____ Lebenstag/Wo./Mo./Jahr ja nein ?* <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Konsanguinität der Eltern <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dystrophie bei Geburt <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SIDS bei Geschwistern: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Unklare Erkrankung bei Geschwistern <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Stoffwechseldefekt bei Geschwistern : _____ _____	<b>Allgemeinbefunde</b> ja nein ?* <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Akute metabol. Entgleisung <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Schwere Allgemeinerkrankung <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Progrediente Verschlechterung <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gedeihstörung <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Auffälliger Geruch  <b>Organbefunde</b> ja nein ?* <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hepatomegalie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Splenomegalie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kardiomyopathie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nephropathie  <b>Neuroradiologische Befunde</b> ja nein <input type="checkbox"/> o.p.B. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> MRT <input type="checkbox"/> Hirnfehlbildung <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> Hirnatrophie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> US <input type="checkbox"/> Hirnblutung <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Veränd. weiße Substanz <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Veränd. graue Substanz  <input type="checkbox"/> Befund ausstehend
<b>Neurologische Befunde</b> ja nein ?* <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Krampfanfälle (Anfallsform: _____) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enzephalopathie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Myoklonie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Entwicklungsretardierung <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mikrozephalie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Makrozephalie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Muskuläre Hypotonie <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Spastik  <b>Laborbefunde</b> ja nein ?* <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Metabolische Azidose pH: _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hypoglykämie: Wert _____ mmol/l <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Laktatazidose: Wert _____ mmol/l <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ammoniak-Wert _____ µmol/l <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Transaminasen-Erhöhung <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CK-Erhöhung <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kreatinin-Erhöhung	

?\*: unbekannt / nicht untersucht