



BEGLEITSCHIN MUSKELLABOR-LEISTUNGEN

Name, Vorname: _____

Geb. am: _____

Wh. in: _____

- ambulant stationär: privatversichert
(bitte evtl. Überweisungsschein beifügen) Wahlleistung

Krankenkasse: _____

Verdachtsdiagnose: _____

Gewünschte Untersuchungen (bitte ankreuzen):

- Histologie** (Muskel speziell einfrieren!)
- Elektronenmikroskopie** (nativer Muskel)
- Biochemie** (tiefgefrorener Muskel!)
- Mitochondriale Enzyme (einschl. Atmungskette)
- Enzyme des Glykogenstoffwechsels:
- Carnitin-Palmitoyl-Transferase (CPT) I + II
- Carnitin (tiefgefrorener Muskel oder Serum)
- Genetik** (20 ml frisches EDTA-Blut oder tiefgefrorener Muskel)

Bitte gewünschte Untersuchung angeben _____
(es ist unbedingt eine genetische Einverständniserklärung erforderlich!)

- FGF-21** **GDF-15:**
(mindestens 3 bis 10ml EDTA-Blut, bei Raumtemperatur versenden!)

Bitte senden Sie die Rechnung an:

Name des Arztes:

Einsender: