



Steroidlabor  
 Kinderklinik Gießen  
 Prof. Dr. S. A. Wudy  
 Feulgenstr. 12  
 D-35392 Gießen  
 Deutschland

*Vom Labor auszufüllen!*

Lab.-Nr.:	Probeneingang:

**Anforderung eines quantitativen PLASMA (SERUM) STEROID PROFILS mittels Isotopenverdünnungs / Gas Chromatographie-Massenspektrometrie (ID/GC-MS)**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_\_\_

Diagnose: \_\_\_\_\_

Fragestellung: \_\_\_\_\_

Therapie / Test: \_\_\_\_\_

Kostenträger:  Krankenkasse: **Überweisungsschein erforderlich** (vom Kinder- oder Laborarzt)

Klinik

Privat

**Privatadresse:** \_\_\_\_\_

Gewicht (kg): \_\_\_\_\_ Größe (cm): \_\_\_\_\_ Blutdruck: \_\_\_\_\_ mm Hg

Tannerstadium: \_\_\_\_\_ Knochenalter: \_\_\_\_\_ Zyklusphase: \_\_\_\_\_

**Probendatum:** \_\_\_\_\_ mindestens 1 ml Plasma (Serum), bei Neonaten 0,5 ml

Einsender (Stempel) Arzt, Klinik, Station/Ambulanz, Adresse, Telefon           
---

Arzt: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_