

## Anforderung endokrinologische Analytik

**Adresse:**

Universitätsklinikum Würzburg  
Medizinische Klinik I, Endokrinologie  
Zentraleinheit klinische Massenspektrometrie  
Oberdürrbacher Str. 6 – Haus A4; -3.979  
D-97080 Würzburg  
Tel. 0931/201-39226  
Fax: 0931/201-639200  
zkms@ukw.de

Praxis-/Klinikadresse für Befundmitteilung

**Patient/in**

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

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

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

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

Kostenträger: \_\_\_\_\_

Vers-Nr.: \_\_\_\_\_

Adresse (für Selbstzahler/innen): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Abnahmedatum: \_\_\_\_\_ Abnahmezeit: \_\_\_\_\_

Bei Klinikanforderung:

- stationär
- GKV ambulant: **Ü-Schein beilegen („Muster 10“)**
- Privatpatient
- Selbstzahler

Bei Anforderung durch niedergelassenen Arzt/Ärztin:

- GKV: **Ü-Schein beilegen („Muster 10“)**
- Privat
- Selbstzahler

Diagnose/Indikation: \_\_\_\_\_

**Plasma/Serum-Steroide** (min. 550 µl) [Serum/EDTA-Plasma, wenn möglich gefroren, Kühlung obligat]

Gruppe I :Aldosteron, Corticosteron, Cortisol, Cortison, 11-Deoxycortisol, 21-Deoxycortisol

Gruppe II :Androstendion, DHEA, DHEAs, 11-Deoxycorticosteron, Dihydrotestosteron, Estradiol,

17-Hydroxyprogesteron, Progesteron, Testosteron

**Urin-Steroide** (min. 2 ml, **24h-Sammelurin**) Volumen: \_\_\_\_\_

Cortisol, Aldosteron, 18-Oxo-Cortisol, 18-Hydroxy-Cortisol,  
18-Hydroxy-Corticosteron, Tetrahydroaldosteron

**Cortisol/Cortison** im Speichel (min.150 µl)

Uhrzeit der Probennahme: \_\_\_\_\_

**Freie Plasmametanephine** (min. 550 µl) [EDTA-Plasma, wenn möglich gefroren, Kühlung obligat]

Metanephrin, Normetanephrin, 3-Methoxytyramin

**Cabozantinib** (min. 150 µl) [EDTA-Plasma]

Dosierung [mg/d]: \_\_\_\_\_ Zeitpunkt der letzten Einnahme: \_\_\_\_\_ Therapiedauer: \_\_\_\_\_

**Aldosteron** [Immunoassay] (min. 500 µl) [EDTA-Plasma, wenn möglich gefroren, Kühlung obligat]

**Renin** [Immunoassay] (min. 500 µl) [EDTA-Plasma, sofortige Zentrifugation, gefroren versenden]

**Copeptin** [Immunoassay] (min. 100 µl) [Serum]

**Cortisol / Dexamethason (im Rahmen des Dexamethason-Hemmtests)** (min. 250 µl) [Serum]

Dosierung: \_\_\_\_\_

**VERSAND**

Bei Blutproben die Monovette zentrifugieren und **nur das Serum bzw. Plasma** in bruchsaufreies Probenröhrchen überführen und im **SICHERHEITSCONTAINER je nach Risikogruppe entsprechend den gesetzlichen Vorgaben, wenn möglich gekühlt bzw. Renin gefroren** an obige Adresse senden. Der Versand von Speichel-Proben erfolgt nach vorheriger Absprache. Probenannahme: Mo.-Fr.

**HINWEISE:**

Material wird nur bei eindeutiger (wasserfester) Beschriftung und stimmiger Sortierung bearbeitet. Die Anforderungen an das Mindestvolumen (unter Berücksichtigung des Totvolumens) sind zu beachten. Abweichungen sind nur nach Absprache möglich. Restmaterial wird bis zu 1 Monat nach erfolgter Messung gelagert, danach erfolgt die Entsorgung.

Mit meiner Unterschrift ich erkläre ich mich mit obigem Vorgehen einverstanden

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift Arzt/Ärztin \_\_\_\_\_