



Anforderungsbogen für Therapiekontrollen

Formblatt | F1-PAL005-1 | Gültig ab: 13.03.2025 | Version: 001 | Dok. ID: 168293

Stoffwechsellabor Heidelberg
Stoffwechsellabor
Im Neuenheimer Feld 669
69120 Heidelberg

Rechnungsstellung:

- Regelleistung*
- Privat
- Selbstzahler
- Überweisungsschein folgt!

Rechnungsempfänger/-adresse:

(nur bei privat/Selbstzahler)

Patientendaten:

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____ Telefonnr.: _____

Straße, Nr.: _____

PLZ, Stadt: _____

Anforderung (Bitte die Probe/das Probengefäß mit Name, Vorname und Geburtsdatum beschriften):

- Phenylketonurie (PKU)** Abnahmezeit (Datum/Uhrzeit): _____
- Ahornsiruperkrankung (MSUD)** Abnahmezeit (Datum/Uhrzeit): _____

Bemerkung:

- Materialbestellung:** Trockenblutkarten: _____ Stück
Mikrovetten: _____ Stück

***Bitte beachten Sie: Pro Quartal benötigen wir bei gesetzlich versicherten Patienten einen Überweisungsschein. Bitte schicken Sie uns diesen optimalerweise mit der ersten Probeneinsendung im Quartal zu, damit die Analyse zeitnah durchgeführt werden kann!**

 telefonisch unter 06221 – 56 8276

 Homepage: www.stoffwechsel.uni-hd.de

 per Fax unter 06221 - 56 5565

 E-Mail: LabStoff.Kind@med.uni-heidelberg.de