Ausfallbeleg Belastungstest FB-LS 7 D OE-MB

Pflichtangabe: Name, Vorname, geboren am: ☐ männlich ☐ weiblich	Belastung	**Universitätsklinikum Ulm** Zentrale Einrichtung Klinische Chemie Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. Sven Danckwardt Tel.:OE: 0731/500-67555; MB: 0731/500-67588
Patientenetikett mit Fallnummer bitte aufkleben oder manuell ausfüllen	**Abnahmedatum:** ..... **Abnahmezeit:**	
	Pflichtangabe: Einsender	
	Einsendername:	
	Tel.:	
	Drucker-Nr.:	
Adresse Privat-Versicherte:	**anfordernder Arzt (Unterschrift)**	
Klinische Angaben:		

Belastungstest / Suppressionstest:

☐ ACTH

☐ HKT

☐ OGTT

☐ OGTT 75 g GDM

☐ CRH

☐ Arginin

☐ Dexamethason

☐ GHRH

☐ LHRH

☐ TRH

☐ Glukagon

☐ Pentagastrin

☐ Clonidin

☐ Sonstige: _____

Ausgedruckt ist das Dokument eine unkontrollierte Kopie und unterliegt nicht dem nderungsdienst

Ausfallbeleg Belastungstest FB-LS 7 D OE-MB

	Abnahmezeitpunkt:								
	Glucose, Na-Fluorid	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
G	Glucose, Glucoexakt	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
S	C-Peptid	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
S	Proinsulin	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	HOMA-IR	☐							
	HOMA-BETA	☐							
S	HGH (STH)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
S	IGF-1	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
S	Cortisol	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
E	ACTH (auf Eis!)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
S	TSH	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
S	LH	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
S	FSH	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
S	Prolactin	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
S	17-OH-Progesteron	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
S	DHEA (ext. Labor)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
S	DHEA-S	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
S	Androstendion	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
S	Testosteron	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
S	Aldosteron	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
S	Calcitonin	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
S	Gastrin	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	Sammelurin								
U	freies Cortisol	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
U	Sammeldauer	☐ h	☐ h	☐ h	☐ h	☐ h	☐ h	☐ h	☐ h
U	Sammelvolumen	☐ ml	☐ ml	☐ ml	☐ ml	☐ ml	☐ ml	☐ ml	☐ ml

Ausgedruckt ist das Dokument eine unkontrollierte Kopie und unterliegt nicht dem nderungsdienst