



Telefon Zentrale Annahme 031 632 29 79  
 Telefon Labor 031 632 92 89

Mo-Fr 08.00 Uhr -17.00 Uh  
 Homepage: www.zlm.insel.ch

Fax 031 632 48 84  
 E-Mail ZLM-Annahme@insel.ch

## Auftragsformular Steroidanalytik

<b><u>Patient</u></b>	
Name.....	geb am. ....Tag .....Monat .....Jahr
Adresse .....	Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
PLZ Ort .....	<b>Rechnung an:</b> <input type="checkbox"/> Patienten (bitte vollständige Adresse) <input type="checkbox"/> Auftraggeber

<b><u>Einsender</u></b>	
Name .....	Entnahmedatum ..... Entnahmezeit .....
Adresse .....	Arzt Tel./ Sucher .....
.....	<b>Klinische Angaben</b> .....
.....	.....

<b>Auftrag:</b>	
<b>Urin</b> <input type="checkbox"/> Steroidprofil im Urin <input type="checkbox"/> freies Cortisol und Cortison im Urin <input type="checkbox"/> exogene Glukokortikoide (qualitativ)	<b>Plasma</b> <input type="checkbox"/> Steroidprofil im Plasma

<b>Bekannte Diagnose:</b> <input type="checkbox"/> Arterielle Hypertonie <input type="checkbox"/> Unklare Hypokaliämie <input type="checkbox"/> Cushing Syndrom (St. n.) <input type="checkbox"/> Adrenogenitales Syndrom <input type="checkbox"/> Hypogonadismus/Infertilität <input type="checkbox"/> Variante der Geschlechtsentwicklung <input type="checkbox"/> Andere: .....	<b>Fragestellung:</b> <input type="checkbox"/> Hyperaldosteronismus <input type="checkbox"/> Cushing Syndrom <input type="checkbox"/> Adrenogenitales Syndrom <input type="checkbox"/> Steroidsynthesestörung <input type="checkbox"/> Androgenausscheidung <input type="checkbox"/> Polycystisches Ovar Syndrom (PCOS) <input type="checkbox"/> Andere: .....
---	---

<b>Medikamente:</b> <input type="checkbox"/> Keine Medikamente <input type="checkbox"/> ACE-Hemmer/AT1-Antagonisten <input type="checkbox"/> Ca-Antagonisten <input type="checkbox"/> Betablocker <input type="checkbox"/> Diuretika <input type="checkbox"/> Antikonzeptiva („Pille“) <input type="checkbox"/> Steroide: .....	<b>Patientendaten:</b> Blutdruck.....mmHg liegend Blutdruck.....mmHg stehend Gewicht.....kg Grösse.....cm  Nebennierentumor <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Polyzystisches Ovar <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
--	--

<b>Probeninformation:</b> Entnahmedatum:.....	<b>Urinvolumen:</b> .....mL/24h
Bemerkung:.....	

<b>Versandbedingungen:</b> <b>Urin: 15 mL einer 24 h-Probe nativ</b> , ohne Kühlung. <b>Plasma: 500 uL EDTA Plasma</b> , am Entnahmetag ungekühlt <b>per A-Post</b> . Abnahme idealerweise vor 10 Uhr vormittags.
---

<b>Auskunft:</b> Dr. sc. nat. Clarissa Vögel	031 632 94 77 / E-Mail: clarissa.voegel@insel.ch
---	--