



BEGLEITSCHIN MUSKELLABOR-LEISTUNGEN

Name, Vorname:

Geb. am:

Wh. in:

ambulant

stationär:

privatversichert

(bitte evtl. Überweisungsschein beifügen)

Wahlleistung

Krankenkasse:

Verdachtsdiagnose:

Gewünschte Untersuchungen (bitte ankreuzen):

Histologie (Muskel speziell einfrieren!)

Elektronenmikroskopie (nativer Muskel)

FGF-21 **GDF-15:**

(mindestens 3 bis 10ml EDTA-Blut, bei Raumtemperatur versenden!)

Bitte senden Sie die Rechnung an:

Name des Arztes:

Einsender: