



## 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: