

# Stoffwechseluntersuchung für Harnsteinpatienten

## 1. Patientenangaben:

\_\_\_\_\_ kg \_\_\_\_\_ cm  
(Name) (Vorname) (Gew.) (K.-Länge)

--	--	--	--	--	--	--

Geb.-Datum

**2. Diagnosen:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**3. Pathologische Werte:** Serum \_\_\_\_\_  
Urin \_\_\_\_\_  
US/Röntgen \_\_\_\_\_  
Steinanalyse \_\_\_\_\_

**4. Behandlung:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Spontanurinproben vom:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 5. Erwünschte Analysen:

Oxalat    Calcium    Citrat    Sulfat    Phosphat    Harnsäure  
 L-Glycerinsäure    Glykolat    Hydroxy-oxo-Glutarat    Magnesium

**Urinkonservierung:** mit Thymol 5 % in Isopropanol oder mit 6 N HCL. Urin kühl lagern.

**20-30 ml der Urinprobe senden an:** Kinderneurologie, z. Hd. Prof. Dr. B. Hoppe,  
Universitäts-Kinderklinik, Adenauerallee 119, 53127 Bonn

Absender/Stempel

\_\_\_\_\_  
Datum/Unterschrift

**BITTE RECHNUNGSADRESSE (KLINIK, PATIENT?) ANGEBEN  
ODER ÜBERWEISUNG VON KINDERARZT/NEPHROLOGEN**