



Anforderungsbogen Stoffwechsellabor

Patientendaten (bitte in Druckschrift)

Nachname

Vorname

Geburstag

w  m

Patienten ID-Nr.

Interne Labor-Nr.

Kostenträger:  
 stationär  Regelleistung  
 ambulant  Regelleistung  
 Privat  
Bei Privatpatienten bitte Adresse angeben.  
Bei Patienten aus dem Ausland bitte Kopie der Kostenübernahme beifügen!

Rechnungsadresse:

Station

Klinische Information/Verdachtsdiagnose/Fragestellung (für eine umfassende Beurteilung unbedingt notwendig!)  
  
  
  
  
  
  
Medikamente/Infusionen  nein  ja (unbedingt angeben!), welche:  
  
besondere Ernährung  nein  ja (MCT-haltige Nahrung:  nein  ja)

<b>Anamnese</b> Geburt _____ SSW Symptomatisch ab _____ Lebenstag/Wo./Mo./Jahr _____ ja nein <input type="radio"/> <input type="radio"/> Konsanguinität der Eltern <input type="radio"/> <input type="radio"/> Dystrophie bei Geburt <input type="radio"/> <input type="radio"/> SIDS oder unklare Erkrankg. bei Geschwistern:  <b>Allgemeinbefunde</b> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Akute metabol. Entgleisung <input type="radio"/> <input type="radio"/> Schwere Allgem.erkrankung <input type="radio"/> <input type="radio"/> Enzephalopathie <input type="radio"/> <input type="radio"/> Hirnblutung <input type="radio"/> <input type="radio"/> Entwicklungsretardierung <input type="radio"/> <input type="radio"/> Progred. Verschlechterung <input type="radio"/> <input type="radio"/> Residuärer Defektzustand <input type="radio"/> <input type="radio"/> Gedeihstörung <input type="radio"/> <input type="radio"/> Rezidivierendes Erbrechen	ja nein <input type="radio"/> <input type="radio"/> Hyperventilation <input type="radio"/> <input type="radio"/> Tachykardie <input type="radio"/> <input type="radio"/> Dysmorphie/Skelettveränder.: _____ <input type="radio"/> <input type="radio"/> Kleinwuchs <input type="radio"/> <input type="radio"/> Makrozephalie <input type="radio"/> <input type="radio"/> Mikrozephalie <input type="radio"/> <input type="radio"/> Haut-/Haarveränderungen: _____ <input type="radio"/> <input type="radio"/> Auffälliger Geruch <input type="radio"/> <input type="radio"/> Photosensitivität (Haut)  <b>Organbefunde</b> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Hepatopathie <input type="radio"/> <input type="radio"/> Hepato-/Splenomegalie <input type="radio"/> <input type="radio"/> Nephropathie <input type="radio"/> <input type="radio"/> Renal-tubuläre Störung <input type="radio"/> <input type="radio"/> Kardiomyopathie <input type="radio"/> <input type="radio"/> Augenbefunde: _____	ja nein <b>Neurologische Befunde</b> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Krampfanfälle <input type="radio"/> <input type="radio"/> Myoklonien <input type="radio"/> <input type="radio"/> Muskuläre Hypertonie <input type="radio"/> <input type="radio"/> Muskuläre Hypotonie <input type="radio"/> <input type="radio"/> Ataxie, cerebell. Zeichen <input type="radio"/> <input type="radio"/> Pyramidenbahnzeichen <input type="radio"/> <input type="radio"/> Extrapyramidale Befunde <input type="radio"/> <input type="radio"/> Reflexe ↓/↑  <b>Neuroradiolog. Befunde</b> <input type="radio"/> <input type="radio"/> MRT, CT, US (bitte entsprechendes markieren) <input type="radio"/> <input type="radio"/> o. B. <input type="radio"/> <input type="radio"/> Veränd. weiße Substanz <input type="radio"/> <input type="radio"/> Veränd. graue Substanz <input type="radio"/> <input type="radio"/> Fehlbildung/Gyrierungsstörung <input type="radio"/> <input type="radio"/> Supratent. Atrophie <input type="radio"/> <input type="radio"/> Infratent. Atrophie	ja nein <b>Laborbefunde</b> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Metabolische Azidose <input type="radio"/> <input type="radio"/> Anionenlücke erweitert <input type="radio"/> <input type="radio"/> Anämie <input type="radio"/> <input type="radio"/> Panzytopenie <input type="radio"/> <input type="radio"/> Hypoglykämie Wert: _____ mg/dl <input type="radio"/> <input type="radio"/> Laktatazidämie Wert: _____ mmol/l <input type="radio"/> <input type="radio"/> Hyperammonämie Wert: _____ µmol/l <input type="radio"/> <input type="radio"/> CK erhöht <input type="radio"/> <input type="radio"/> Transaminasen erhöht <input type="radio"/> <input type="radio"/> Kreatinin erhöht/erniedrigt  Sonstige: _____ _____ _____
--	--	--	--

Einsender (Stempel)  
  
  
  
  
  
Name des anfordernden Arztes (bitte in Druckschrift)  
Tel.-Nr. (Rückfragen)  
  
Datum und Unterschrift

**Probendaten:**

<input type="checkbox"/> Spontanurin vom:	<input type="text"/> Datum (TTMMJJ)	<input type="text"/> Uhrzeit (StdMin)	Uhr	<input type="checkbox"/> Sammelurin vom:	<input type="text"/>	Sammelzeit:	<input type="text"/>	Std.	Menge:	<input type="text"/>	ml
<input type="checkbox"/> EDTA-Plasma vom:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Uhr	<input type="checkbox"/> Körpergewicht	<input type="text"/>	kg	<input type="checkbox"/> Größe	<input type="text"/>	cm		
<input type="checkbox"/> Serum vom:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Uhr	<input type="checkbox"/> letzte Mahlzeit vor	<input type="text"/>	Std.					
<input type="checkbox"/> Trockenblut vom:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Uhr	<input type="checkbox"/> Perchlorsäureextrakt vom:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Uhr				
<input type="checkbox"/> Liquor vom:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Uhr	<b>Anleitung und Angaben zur Neurotransmitteranalytik im folgenden Abschnitt!</b>							
<input type="checkbox"/> NH <sub>4</sub> -Heparin-Vollblut vom*:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Uhr	<input type="checkbox"/> Hautbiopsie*/Fibroblasten* vom:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Fibroblasten + Hautbiopsie beinhalten Kryokonservierung + Mykoplasmentest

**Spezifische Angaben bei Neurotransmitterdiagnostik: Probendaten unbedingt angeben!**

Bitte Liquor direkt nach Entnahme tiefrieren (-70°C). Bei blutiger Punktion sofort abzentrifugieren und nur Überstand tiefrieren!

 lumbal  \_\_\_\_\_ (andere Punktionsart) blutig?  ja  nein  xanthochrom abzentrifugiert?  ja  neinLiquorfraktionen (je 0,5 ml) (Ihr Labor)  2.  3.  4.  5.

bitte 2.-5. Fraktion schicken, 4. Fraktion in Spezialröhrchen für die Pterinanalytik (Spezialröhrchen bitte anfordern)

**Einzelanforderungen:**

- Basisanalytik:** Biogene Amine (L)<sup>8</sup>, 5MTHF (L)<sup>8</sup>, Pterine (einschließlich BH<sub>4</sub> + BH<sub>2</sub>) (L)<sup>8,10</sup> und Aminosäuren (L)<sup>8,+ P<sup>2,8,16</sup></sup>
- Biogene Amine (L)<sup>8</sup>  5MTHF (L)<sup>8</sup>  Pterine (L)<sup>8,10</sup>
- Serotonin (Spezialröhrchen: 2 ml EDTA-Vollblut + 6 mg Ascorbinsäure)<sup>8</sup>  GTPCH-Aktivität/Segawa (H/F)<sup>13,14\*</sup>
- Aromatische L-Aminosäuredecarboxylase (AADC) (P)<sup>3,8\*</sup>  Vanillinmilchsäure (U)<sup>1,9</sup>

**Differentialdiagnostik bei BH<sub>4</sub>-Defekten:**

- Pterine und DHPR-Aktivität (TB)<sup>11,12\*</sup>  Belastungstest mit BH<sub>4</sub> (Kuvan)  Belastungstest mit Phe+BH<sub>4</sub> (Kuvan)
- Pterine (U)<sup>1,8,10,14</sup> und DHPR-Aktivität (TB)<sup>11,12\*</sup> Blut-Phe-Spiegel: Basal\_\_\_\_\_ T0\_\_\_\_\_ T8\_\_\_\_\_ T24\_\_\_\_\_ T\_\_\_\_\_
- DHPR-Aktivität (TB)<sup>11,12\*</sup>

**Stoffwechseldiagnostik (Tel.: 0 62 21/56 82 76)**

- Basisuntersuchung:** Org. Säuren (U)<sup>1,9</sup>, Aminosäuren (P)<sup>2,7,16</sup>, Acylcarnitine (TB)<sup>11,12</sup>, Gesamtglykosaminoglykane (U)<sup>1,9</sup>, Vorteste (U)<sup>1,9</sup>
- Basisuntersuchung + Zusatzuntersuchung gemäß der klinischen Fragestellung (Urin, Plasma, Serum, Trockenblut)**

**Einzelanforderungen:**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Organische Säuren (U) <sup>1,9</sup> (Gesamtprofil)        | <input type="checkbox"/> Freie Fettsäuren/Ketonkörper (P) <sup>2,15</sup>  |   |
| Organische Säuren (Spezialuntersuchung, Stabile Isotopen)                           | <input type="checkbox"/> Essentielle Fettsäuren (P) <sup>2,7,16</sup>  | Lysosomale Diagnostik   |
| <input type="checkbox"/> Methyalmalonsäure MMA (U) <sup>1,9</sup>                   | <input type="checkbox"/> Homocystein (P) <sup>2,7,16</sup>   | <input type="checkbox"/> Oligosacchariddünnschichtchromatographie (U) <sup>1,9</sup>  |
| <input type="checkbox"/> Mevalonsäure MVA (U) <sup>1,9</sup>                        | <input type="checkbox"/> Sulfozystein (U) <sup>1,9</sup>   | <input type="checkbox"/> Mukopolysaccharid-Suchtest (GAG) (U) <sup>1,9</sup>  |
| <input type="checkbox"/> Glutarsäure (GA) (U) <sup>1,9</sup> + 3-Hydroxyglutarsäure | <input type="checkbox"/> Orotsäure, Orotidin (U) <sup>1,9</sup>  | <input type="checkbox"/> Mukopolysaccharidelektrophorese (+ GAG) (U) <sup>1,9</sup>   |
| <input type="checkbox"/> Methyalmalonsäure MMA (P) <sup>2,7</sup>                   | <input type="checkbox"/> Glutathion (EDTA-Vollblut) <sup>3,13,14</sup>   | <input type="checkbox"/> Neuraminsäure (U) <sup>1,9</sup>   |
| <input type="checkbox"/> 3-Hydroxyglutarsäure + GA (P) <sup>2,7</sup>               | <input type="checkbox"/> Vitamin A, E (P) <sup>2,7</sup>   | <input type="checkbox"/> Sulfatide (24U) <sup>6,9</sup> (bei klin. V. a. MLD)   |
| <input type="checkbox"/> Aminosäuren quantitativ (P) <sup>2,7,16</sup>              | <input type="checkbox"/> Ammoniak (EDTA-Vollblut) <sup>2</sup>   | <input type="checkbox"/> Lysosomale Enzyme (HeV <sup>5,13</sup> /H/F <sup>13,14</sup> /TB <sup>11,12</sup> ) <sup>17*</sup> |
| <input type="checkbox"/> Aminosäuren quantitativ (L) <sup>4,8</sup>                 | <input type="checkbox"/> Trimethylamin (U) <sup>1,14</sup>   | Peroxisomale Erkrankungen und B6-abhängige Epilepsie  |
| <input type="checkbox"/> Aminosäuren qualitativ (U) <sup>1,9</sup>                  | <input type="checkbox"/> Gesamtgallensäuren (S) <sup>2,7</sup>   | <input type="checkbox"/> Überlangkettige Fettsäuren (VLCFA) (P) <sup>2,7</sup>  |
| <input type="checkbox"/> Aminosäuren quantitativ (U) <sup>1,9</sup>                 | <input type="checkbox"/> Biotinidase (TB) <sup>11,12*</sup>  | <input type="checkbox"/> Phytansäure (P) <sup>2,7</sup>   |
| <input type="checkbox"/> Acylcarnitinprofil (TB) <sup>11,12</sup>                   | <input type="checkbox"/> Biotinidase (S) <sup>2,15*</sup>  | <input type="checkbox"/> Plasmalogene (EDTA-Vollblut) <sup>3,13</sup>   |
| <input type="checkbox"/> Acylcarnitinprofil (P) <sup>2,7</sup>                      | <input type="checkbox"/> Tyrosinämie Typ I (Succinylaceton) (TB) <sup>11,12</sup>  | <input type="checkbox"/> Pipecolinsäure + 5-AASA/P6C (P) <sup>2,7</sup>   |
| <input type="checkbox"/> Carnitinstatus (P) <sup>2,7</sup>                          | <input type="checkbox"/> Steroldiagnostik (P) <sup>2,7</sup>   | <input type="checkbox"/> Pipecolinsäure + 5-AASA/P6C (U) <sup>1,9</sup>   |
| <input type="checkbox"/> L-Laktat, Pyruvat (Perchlorsäure-Extrakt) <sup>14</sup>    | <input type="checkbox"/> Purin/Pyrimidindiagnostik (U) <sup>1,9</sup>  | <input type="checkbox"/> Pipecolinsäure (L) <sup>4,8</sup>  |
| <input type="checkbox"/> L-Laktat (NaF) <sup>2,7</sup>                              | <input type="checkbox"/> Galaktosemetabolite (TB) <sup>11,12</sup>   | <input type="checkbox"/> Gallensäuremetabolite (U) <sup>1,9</sup>   |
| <input type="checkbox"/> L-Laktat (L) <sup>4,8</sup>                                | <input type="checkbox"/> Gal-1-P-Uridyltransferase (TB) <sup>11,12*</sup>  | CDG-Diagnostik  |
| <input type="checkbox"/> L-Laktat/Kreatinin Quotient (U) <sup>1,9</sup>             | <input type="checkbox"/> Fettsäureoxidationsdiagnostik (H/F) <sup>13,14*</sup>   | <input type="checkbox"/> Isoelektrische Fokussierung (IEF) (S) <sup>4,7</sup>   |
| <input type="checkbox"/> D-Laktat (U) <sup>1,9</sup>                                | Kreatinmangel Syndrome (Guanidinverbindungen)  | (IEF, wenn Transferrin auffällig, dann + Antitrypsin)   |
|   | <input type="checkbox"/> Urin <sup>1,9</sup> <input type="checkbox"/> Plasma <sup>2,7</sup> <input type="checkbox"/> Liquor <sup>4,8</sup> | <input type="checkbox"/> Weitere spez. Diagnostik nach auffälliger IEF s. Homepage  |
- DNA-Isolierung möglich über das Kooperationslabor des Instituts f. Humangenetik Heidelberg (Tel.: 06221 56-36879)

**Pädiatrische endokrinologische Diagnostik (Tel.: 0 62 21/56 84 73)**

- TSH (S)<sup>4</sup>  T3 (S)<sup>4</sup>  T4 (S)<sup>4</sup>  FT4 (S)<sup>4</sup>  TG (S)<sup>4</sup>  LH (S)<sup>4</sup>  FSH (S)<sup>4</sup>
- IGF-1 (S)<sup>4</sup>  IGF-BP-3 (S)<sup>4</sup>  WH (S)<sup>4</sup>  Gliadin-AK, IgA (S)<sup>4</sup>  Transglutaminase-AK, IgA (S)<sup>4</sup>

**Funktionstests:**

- TRH (S)<sup>12,14</sup>  Arginin (S)<sup>12,14</sup>  LHRH (S)<sup>12,14</sup>  LHRH-Agonisten (S)<sup>12,14</sup>  Insulin (S)<sup>12,14</sup>  GHRH (S)<sup>12,14</sup>  IGF1-Generation (S)<sup>12,14</sup>
- WH-Stimulation (S)<sup>12,14</sup>  WH-Nachtprofil (S)<sup>12,14</sup>  LH/FSH-Nachtprofil (S)<sup>12,14</sup>

**Pädiatrische nephrologische Diagnostik (Tel.: 0 62 21/56 83 66)**

- Gesamteiweiß nach Coomassie  Gesamteiweiß im Dialysat nach Coomassie

\* erfordert Einwilligungserklärung gemäß Gendiagnostikgesetz § 8, Abs. 1; nicht notwendig bei Verlaufskontrolle bekannter Diagnose

**Informationen zu den Einzelanforderungen**

U	Urin	S	Serum	1.	10 ml	7.	Möglichst bis zum Versand bei -20°C lagern, Versand der gefrorenen Probe zusammen mit Kühlakku o. ä.	12.	Versand bei Raumtemperatur
24U	24-Std.-Sammelurin	L	Liquor	2.	1 ml	8.	direkt auf Trockeneis geben; Versand auf Trockeneis	13.	Versand innerhalb von 24 Std. bei Raumtemperatur
P	EDTA-Plasma	F	Fibroblasten	3.	2 ml	9.	Konservierung mit 4-6 Tropfen Dichlormethan, dann Versand bei Raumtemperatur	14.	Vorschrift anfordern
NaF	Natriumfluorid-Plasma	H	Hautbiopsie	4.	0,5 ml	10.	sofort vor Licht schützen	15.	Versand auf Trockeneis
HeV	Heparin-Vollblut			5.	5-10 ml	11.	bitte 2 Std. bei Raumtemperatur trocknen lassen	16.	4 Std. nach letzter Mahlzeit
TB	Trockenblut (5 Kreise)			6.	2 x 10 ml			17.	aktuelle Enzymliste siehe Homepage

Optimale Versandart für EDTA-Plasma, NaF-Plasma, Serum und Urin ist der Versand auf Trockeneis.



# UniversitätsKlinikum Heidelberg

**Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin**  
 Angelika-Lautenschläger-Klinik  
**Prof. Dr. med. G.F. Hoffmann**  
 Geschäftsführender Direktor

**Stoffwechszentrum Heidelberg**  
**Stoffwechzellabor**  
 Im Neuenheimer Feld 669  
 69120 Heidelberg  
 Tel.: +49 (0)6221 56 8276  
 Fax: +49 (0)6221 56 5565  
 www.stoffwechsel.uni-heidelberg.de

## Einverständniserklärung zu biochemischen Untersuchungen (Bitte dem Anforderungsschein beilegen!)

*(Immer bei Enzymaktivitätsbestimmungen sowie Hautbiopsien/Fibroblastenkulturen!)*

Patient/in <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich Name: Vorname: Geb.: Adresse:	<b>Einsender:</b> Klinik/Station/Ambulanz/Arzt/Tel/Fax
--	--

<b>Angeforderte Analyse/n</b> <small>(unten eingeben oder Verweis auf Anforderungsschein vom Datum .....)</small>

<b>Einverständnis der Patientin / des Patienten / des gesetzlichen Vertreters</b> <small>(gemäß GenDG Voraussetzung für die Durchführung der Untersuchung! - bzw. ggf. Kopie einer gemäß GenDG der verantwortlichen ärztlichen Person erteilten Einwilligungserklärung.)</small>
<p>Ich/wir wurden vor der Probennahme zu Zweck, Art, Umfang, Aussagekraft und gesundheitlichen Risiken der Untersuchung im Sinne des §8 Abs. 1 GenDG informiert. Widerruf nach §8 Abs. 2 werden dem Labor unverzüglich übermittelt. Ich/wir stimme/n zu, dass die Befunde nicht entsprechend der gesetzlichen Vorgaben nach 10 Jahren vernichtet werden, damit diese auch für künftige Fragestellungen der Familie zur Verfügung stehen.</p> <p>Ich/wir bin/sind damit einverstanden, dass die Proben nach Abschluss der Untersuchungen zum Zweck der Nachprüfbarkeit sowie ggf. für weitere diagnostische Untersuchungen auf Anforderung verwendet oder archiviert werden. Einer Nutzung in anonymisierter Form für wissenschaftliche Untersuchungen oder als Qualitätskontrolle stimme ich ebenfalls zu. Ich/wir stimme/n zu, dass ggf. Daten für Abrechnungszwecke an eine Ärztliche Verrechnungsstelle weitergeleitet werden. <b>(Nichtzutreffendes bitte streichen.)</b></p>

<b>Ort und Datum</b>	<b>Name</b> (in Druckschrift)	<b>Unterschrift der Patientin / des Patienten bzw. des gesetzlichen Vertreters</b>
----------------------	-------------------------------	--

<b>Ort und Datum</b>	<b>Name</b> (in Druckschrift)	<b>Unterschrift des aufklärenden Arztes gemäß § 8 Abs. 1 GenDG</b>
----------------------	-------------------------------	--



## Patienteninformationsblatt zu unserer Einverständniserklärung und Hinweise zu biochemischen / genetischen Laboruntersuchungen

Genetische Untersuchungen unterliegen den Regelungen des Gendiagnostikgesetzes (GenDG, Inkrafttreten: 01.02.2010). Zur Durchführung von entsprechenden Untersuchungen muss dem beauftragten Labor eine Patienteneinverständniserklärung vorliegen.

In unserer Einverständniserklärung bitten wir Sie auch um eine Entscheidung zur Aufbewahrung des Probenmaterials und den in der beauftragten Untersuchung erhaltenen Daten. Die untenstehenden Erläuterungen dienen dabei als Entscheidungshilfe.

Die Zustimmung zur Aufbewahrung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne persönliche Nachteile widerrufen werden. Im Fall eines Widerrufs werden das Untersuchungsmaterial und/oder das Untersuchungsergebnis sofort vernichtet.

Alle Angaben, die auf Einwilligungserklärung, Anforderungsformularen oder Begleitzetteln gemacht wurden, sowie alle Ergebnisse der Untersuchungen unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Sie werden nur nach schriftlicher Zustimmung des Patienten / gesetzlichen Vertreters weitergegeben.

### Aufbewahrung von Probenmaterial

Gemäß den Bestimmungen des Gendiagnostikgesetzes darf überschüssiges Untersuchungsmaterial nur mit ausdrücklichem Einverständnis des Patienten / des gesetzlichen Vertreters nach Abschluss der Untersuchung aufbewahrt werden. Überschüssiges Untersuchungsmaterial könnte aber der Nachprüfbarkeit unserer Ergebnisse dienen und wird in der Diagnostik auch für notwendige Qualitätskontrollen benötigt.

Des Weiteren stellt überschüssiges Untersuchungsmaterial eine wichtige Quelle für Forschungs- und Entwicklungsarbeit auf dem Gebiet der medizinisch-genetischen/biochemischen Diagnostik dar. Für diese Zwecke wird das Untersuchungsmaterial in einer Weise anonymisiert, die eine nachträgliche Zuordnung zu einer Person ausschließt.

### Aufbewahrung von Untersuchungsergebnissen

Bei vielen genetisch bedingten Krankheiten ergeben sich Konsequenzen für weitere Familienmitglieder und zukünftige Kinder. Die Ergebnisse einer genetischen Untersuchung eines Familienmitglieds können bedeutsam für die Untersuchungen weiterer Mitglieder oder Nachkommen dieser Familie sein. Diese Daten gehen bei Vernichtung verloren. Eine Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse über den gesetzlich vorgeschriebenen Zeitraum von 10 Jahren ist jedoch nur mit der Zustimmung des Patienten / des gesetzlichen Vertreters möglich.

## Hinweise zu biochemischen/genetischen Untersuchungen

### Allgemeine Hinweise

Die Ergebnisse biochemischer / genetischer Labortests haben mehr oder minder weitreichende Konsequenzen für die Lebens- und Familienplanung. Kein technisches Verfahren ist jedoch gänzlich frei von Fehlerquellen. Wir möchten Ihnen daher im Folgenden erläutern, welche Fehler bei der Erhebung und der Interpretation von biochemischen / genetischen Laborbefunden möglich sind.

Eine Hauptquelle von Fehlern in der medizinischen Labordiagnostik liegt in Probenverwechslungen. Es wird alles getan, um diese zu vermeiden. Es treten dabei zwei wichtige Besonderheiten hinzu:

- Oft werden neben Einzelpersonen auch Mitglieder der Familie untersucht. Eine korrekte Testinterpretation ist dann davon abhängig, dass die angegebenen Verwandtschaftsverhältnisse der Wirklichkeit entsprechen.
- Bei der Gewinnung von Zellmaterial für vorgeburtliche Untersuchung ist eine Vermischung von fetalem und mütterlichem Gewebe nicht ganz auszuschließen, so dass die nachfolgende Analyse dadurch zu irreführenden Ergebnissen führen kann.