

1411679	Name:	1411679	Name:	1411679	Name:	1411679	Name:	1411679	Name:	1411679	Name:
1		2		3		4		5		6	

Patientenetikett hier einkleben

Name: _____
Vorname: _____
Geb.-Datum: _____

hier Einsenderetikett einkleben

Einsender: _____

<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> stationär	<input type="checkbox"/> Studie	<input type="checkbox"/> liegend
<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> ambulant	<input type="checkbox"/> Studienleiter	<input type="checkbox"/> sitzend
Aufr.-Nr. 1411679	<input type="checkbox"/> privat	<input type="checkbox"/> Gutachten	<input type="checkbox"/> infektiös
			<input type="checkbox"/> nüchtern

Bei Lebensgefahr bitte Spezialschein 3 verwenden Durchsage erbeten
Tel.-Nr. _____

Unterschrift _____

Therapie / Diagnose / Fragestellung / Bemerkung

Abnahme:

Tag	Std.	Min.
<input type="checkbox"/> Mo	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 1
<input type="checkbox"/> Di	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 13	<input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> Mi	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 14	<input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> Do	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 40 <input type="checkbox"/> 4
<input type="checkbox"/> Fr	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 16	<input type="checkbox"/> 50 <input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> Sa	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 17	<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> 6
<input type="checkbox"/> So	<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 18	<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> 7
	<input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 19	<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> 8
	<input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> 9
	<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 21	<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> 10
	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 22	<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> 11
	<input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 23	<input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> 12

Formulare / Etiketten

Basisschein
 Spezialschein 1
 Spezialschein 2
 Spezialschein 3
 Eins.-Etik. Pat.-Etik.
 Entlassungsbericht
 2. Befundempf.:

Laborinterne Felder

1 4 7 10 13 16 19 22
 2 5 8 11 14 17 20 23
 3 6 9 12 15 18 21 24

Serum 1

<input type="checkbox"/> Elektrolyte	<input type="checkbox"/> Substrate	<input type="checkbox"/> Enzyme	<input type="checkbox"/> Pharmaka
<input type="checkbox"/> Na	<input type="checkbox"/> Creatinin	<input type="checkbox"/> CK/CK-MB	<input type="checkbox"/> Carbamazepin
<input type="checkbox"/> K	<input type="checkbox"/> Harnstoff	<input type="checkbox"/> LDH	<input type="checkbox"/> Phenobarbital
<input type="checkbox"/> Ca	<input type="checkbox"/> Harnsäure	<input type="checkbox"/> LDH	<input type="checkbox"/> Phenytoin
<input type="checkbox"/> Cl	<input type="checkbox"/> Bilirubin, ges.	<input type="checkbox"/> HBDH	<input type="checkbox"/> Valproinsäure
<input type="checkbox"/> P _i anorg.	<input type="checkbox"/> Bilirubin, dir.	<input type="checkbox"/> GOT	<input type="checkbox"/> Theophyllin
<input type="checkbox"/> Fe	<input type="checkbox"/> Cholesterin	<input type="checkbox"/> GPT	<input type="checkbox"/> Digoxin
<input type="checkbox"/> Transf.-Sätt.	<input type="checkbox"/> Triglyceride	<input type="checkbox"/> GGT	<input type="checkbox"/> Digitoxin
<input type="checkbox"/> Mg	<input type="checkbox"/> HDL-Chol.	<input type="checkbox"/> AP	<input type="checkbox"/> Digoxin
	<input type="checkbox"/> LDL-Chol.	<input type="checkbox"/> CHE	<input type="checkbox"/> Mycophenolat
	<input type="checkbox"/> Gluc. nur Notfall	<input type="checkbox"/> Amylase	<input type="checkbox"/> Methotrexat
Hormone	<input type="checkbox"/> Gesamteiweiß	<input type="checkbox"/> Lipase	<input type="checkbox"/> Troponin
<input type="checkbox"/> TSH	<input type="checkbox"/> Albumin	<input type="checkbox"/> Troponin	
<input type="checkbox"/> freies T4	<input type="checkbox"/> CRP		

EDTA-Blut 2

<input type="checkbox"/> Hämatologie
<input type="checkbox"/> kl. Blutbild
<input type="checkbox"/> Diff.-Blutbild
<input type="checkbox"/> Reticulozyten
<input type="checkbox"/> Fragmentozyten gefärbtes Präp. für Einsender:
<input type="checkbox"/> Blutausschrieb
weitere Unters.
<input type="checkbox"/> HbA1c
<input type="checkbox"/> Sirolimus
<input type="checkbox"/> Ciclosporin A
<input type="checkbox"/> Ethanol
<input type="checkbox"/> Tacrolimus (FK 506)

Citrat-Blut 3

<input type="checkbox"/> Gerinnung
<input type="checkbox"/> Quick
<input type="checkbox"/> PTT
<input type="checkbox"/> Fibrinogen
<input type="checkbox"/> AT III
<input type="checkbox"/> D-Dimer
Hämatologie
<input type="checkbox"/> Thrombozyten
Glykol-Hemm. 5
<input type="checkbox"/> Glucose
<input type="checkbox"/> Lactat

Urin 4

<input type="checkbox"/> Spontanurin	<input type="checkbox"/> Intoxikation
<input type="checkbox"/> Katheterurin	<input type="checkbox"/> Toxikolog. Screening:
<input type="checkbox"/> Status	Amphetamine
<input type="checkbox"/> Glucose	Methamphetamine
<input type="checkbox"/> Eiweiß	Barbiturate
<input type="checkbox"/> Harnstoff	Benzodiazepine
<input type="checkbox"/> Creatinin	Cannabinoide
<input type="checkbox"/> Na, K	Cocainmetabol.
<input type="checkbox"/> Ca	Opiate
<input type="checkbox"/> Phosphat	Phencyclidin
	Methadon
	Tricycl. Antidepr.
	<input type="checkbox"/> pH, Keton, SG, Nitrit, Ubg
	<input type="checkbox"/> Amylase

Nach Mischen des Sammelurins nur ca. 10 ml im Urinröhrchen an das Labor senden!

endogene Creatinin-Clearance

Harnstoff-Clearance

Sammelvolumen _____ ml

Sammelzeit _____ Std.

Körpergewicht _____ kg

Körpergröße _____ cm

Hinweise zur Handhabung

Notfall

Routine

Bitte richtig markieren

falsch

richtig

schwarzer Filzstift

Proben-Etikett bitte so auf das Röhrchen kleben

(Nummer aufrecht)

Punktat 6

<input type="checkbox"/> Zellen (EDTA!)	<input type="checkbox"/> Na, K
<input type="checkbox"/> Zytozent. Präp.	<input type="checkbox"/> Cl
<input type="checkbox"/> Eiweiß	<input type="checkbox"/> Ca
<input type="checkbox"/> Albumin	<input type="checkbox"/> Phosphat
<input type="checkbox"/> Bilirubin	<input type="checkbox"/> Creatinin
<input type="checkbox"/> sonst.:	<input type="checkbox"/> Harnstoff
	<input type="checkbox"/> LDH
	<input type="checkbox"/> Amylase
	<input type="checkbox"/> Lipase

Liquor 6

Abnahmezeit _____ Uhr

<input type="checkbox"/> Zellen (EDTA!)
<input type="checkbox"/> Zytozent. Präp.
<input type="checkbox"/> Eiweiß
<input type="checkbox"/> Glucose
<input type="checkbox"/> Lactat
<input type="checkbox"/> Reiber-Diagr.
<input type="checkbox"/> Oligokl. Banden
<input type="checkbox"/> sonst.: