

4058603	Name:	4058603	Name:	4058603	Name:	4058603	Name:	4058603	Name:	4058603	Name:
	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>
1	2	3	5	6	8						

Patientenetikett hier einkleben

Name: _____

Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

hier Einsenderetikett einkleben

HEINRICH HEINE UNIVERSITÄT DÜSSELDORF
Universitätsklinikum Düsseldorf

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
Auftr.-Nr. 4058603	<input type="checkbox"/> privat	<input type="checkbox"/> Gutachten	<input type="checkbox"/> infektiös
			<input type="checkbox"/> nüchtern

Unterschrift _____

Therapie / Diagnose / Fragestellung / Bemerkung

Lebensgefahr

Durchsage erbeten Tel.-Nr. _____

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"/> 6
<input type="checkbox"/> So	<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 18	<input type="checkbox"/> 7
	<input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 19	<input type="checkbox"/> 8
	<input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> 9
	<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 21	
	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 22	
	<input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 23	

Formulare / Etiketten

Basisscheine

Spezialscheine 1

Spezialscheine 2

Eins.-Etik. Pat.-Etik.

Entlassungsbericht

2. Befundempfänger

Spezialscheine 3

Serum 1

Cholesterin

Triglyceride

HDL-Chol.

LDL-Chol.

freie Fettsäuren *

Gallensäuren

Lipid-Elektroph.

Apolipoprotein A1

Apolipoprotein B

Lp(a)

Elektrophorese u. Ges. Eiweiß

sonst. Analyse: _____

EDTA-Blut 2

Hämatologie

kl. Blutbild

Diff.-Blutbild

Reticulozyten

Fragmentozyten gefärbtes Präp. für Einsender

weitere Unters. _____

HbA1c

Ammoniak *

Ciclosporin A

Tacrolimus

Ethanol

sonst. Analyse: _____

Citrat-Blut 3

Gerinnung

Quick

PTT

Fibrinogen

AT III

D-Dimer

TZ

F XIII

Glykol-Hemm. 5

Glucose

Lactat

Li-Heparin-Plasma 8

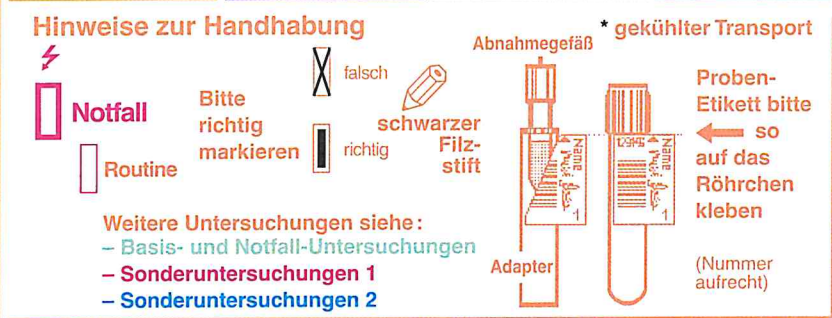
Elektrolyte	Substrate	Enzyme	Plasmaproteine	Pharmaka
<input type="checkbox"/> Na	<input type="checkbox"/> Creatinin	<input type="checkbox"/> CK/CK-MB	<input type="checkbox"/> Gesamteiweiß	<input type="checkbox"/> Carbamazepin
<input type="checkbox"/> K	<input type="checkbox"/> Harnstoff	<input type="checkbox"/> LDH	<input type="checkbox"/> CRP	<input type="checkbox"/> Phenobarbital
<input type="checkbox"/> Ca	<input type="checkbox"/> Harnsäure	<input type="checkbox"/> HBDH	<input type="checkbox"/> Troponin	<input type="checkbox"/> Phenytoin
<input type="checkbox"/> Cl	<input type="checkbox"/> Bilirubin, ges.	<input type="checkbox"/> GOT	<input type="checkbox"/> Albumin	<input type="checkbox"/> Valproinsäure
<input type="checkbox"/> P, anorg.	<input type="checkbox"/> Bilirubin, dir.	<input type="checkbox"/> GPT	<input type="checkbox"/> Cystatin C	<input type="checkbox"/> Theophyllin
<input type="checkbox"/> Mg	<input type="checkbox"/> Gluc. nur Notfall	<input type="checkbox"/> GGT	<input type="checkbox"/> IgG	<input type="checkbox"/> Digoxin
<input type="checkbox"/> Fe	<input type="checkbox"/> Cholesterin	<input type="checkbox"/> AP	<input type="checkbox"/> IgA	<input type="checkbox"/> Theophyllin
Hormone/Tumormarker	<input type="checkbox"/> Triglyceride	<input type="checkbox"/> CHE	<input type="checkbox"/> IgM	<input type="checkbox"/> Digoxin
<input type="checkbox"/> TSH	<input type="checkbox"/> HDL-Chol.	<input type="checkbox"/> Amylase	<input type="checkbox"/> C3c	<input type="checkbox"/> Digitoxin
<input type="checkbox"/> FT4	<input type="checkbox"/> LDL-Chol.	<input type="checkbox"/> Lipase	<input type="checkbox"/> C4	<input type="checkbox"/> Methotrexat
<input type="checkbox"/> AFP			<input type="checkbox"/> Ferritin	<input type="checkbox"/> Mycophenolat
<input type="checkbox"/> β-HCG			<input type="checkbox"/> lösl. Trf-Rezept.	<input type="checkbox"/> Tricyclische Antidepressiva s. Basisschein: Tox. Screening im Urin

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



Blutgasanalyse/Neugeb. Bili. 6

Abnahmezeit _____ Uhr

Körpertemperatur _____ °C

arterielle Entnahme
Luftblasen austreiben
gasdicht verschließen
mischen
rasch messen lassen

Säure-Basen-Status *

Hb-Status Neugeborenen-Bilirubin (Kapillare)

Elektrolyte

Gluc./Lactat *

Haptoglobin

proBNP

Coeruloplasmin

α1-Antitrypsin

s. α1-Glykoprot.

Rheumafaktor

nur Intensiv, ZNA, KMT

PCT

IL-6

sonst. Analyse: _____

