

Befundauskunft/Auftragsänderung: 0431/500-16251

Nachmeldungen bitte faxen an 0431/500-16254

Nachmeldung für Auftragsnummer (Pflichtfeld):

Patientenetikett (mit Fallnummer als Barcode!) oder Patientendaten

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Postleitzahl/ Wohnort

Fallnummer

Name anfordernder Arzt:



000030060024

Telefon Einsender:

Bitte den gesamten Schein sorgfältig in Blockschrift ausfüllen!

| Klinische Chemie | |
|--|-----|
| Schilddrüse | |
| <input type="checkbox"/> TSH | HPL |
| <input type="checkbox"/> fT3 | HPL |
| <input type="checkbox"/> fT4 | HPL |
| Weitere | |
| <input type="checkbox"/> CRP | HPL |
| <input type="checkbox"/> Procalcitonin | HPL |
| <input type="checkbox"/> HCG | HPL |
| <input type="checkbox"/> Osmolalität | HPL |

| Klinische Chemie | |
|---|-----|
| Herz | |
| <input type="checkbox"/> Troponin-T | HPL |
| <input type="checkbox"/> Creatinkinase (CK) | HPL |
| <input type="checkbox"/> CK-MB | HPL |
| <input type="checkbox"/> Myoglobin | HPL |
| Leber | |
| <input type="checkbox"/> GOT/ASAT | HPL |
| <input type="checkbox"/> GPT/ALAT | HPL |
| <input type="checkbox"/> y-GT | HPL |
| <input type="checkbox"/> alk. Phosphat. | HPL |

| Hämatologie | |
|--|-----|
| <input type="checkbox"/> großes Blutbild | EF |
| Hämostaseologie | |
| <input type="checkbox"/> TPZ n.Quick & INR | CPL |
| <input type="checkbox"/> aPTT | CPL |
| <input type="checkbox"/> Fibrinogen | CPL |
| <input type="checkbox"/> Faktor XIII | CPL |
| <input type="checkbox"/> Antithrombin | CPL |
| <input type="checkbox"/> D-Dimer | CPL |
| <input type="checkbox"/> HIT Typ 2-AK | SER |

| Urin | |
|---------------------------------------|-----|
| <input type="checkbox"/> Eiweiß, ges. | SPU |
| <input type="checkbox"/> Albumin | SPU |
| <input type="checkbox"/> Kreatinin | SPU |
| <input type="checkbox"/> Osmolalität | SPU |

| Liquor | |
|--|---------|
| <input type="checkbox"/> oligokl. Banden | LIQ SER |

Weitere Analysen/ Diagnose/ Fragestellung/ Medikation