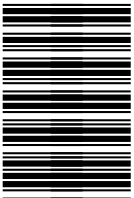


Kant. Spital Heiden - Gynäkologie

PatientIn		AuftraggeberIn																													
Name _____		AA11	<RECHNUNGSKANAL> 071 222 99 99																												
Vorname _____		Adresszeile 1																													
Geburtsdatum _____		Adresszeile 2																													
Adresse _____		Adresszeile 3																													
PLZ, Ort _____		Adresszeile 4																													
Versicherung _____		Adresszeile 5																													
Vers.-Nr. _____		Adresszeile _____																													
Bemerkungen _____		Unterschrift _____																													
Bemerkungen _____		Befundkopien an _____																													
Bemerkungen _____		Befund- zustellung <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Hakom <input type="checkbox"/> HIN																													
Bemerkungen _____		Rechnung an <input type="checkbox"/> Auftragg. <input type="checkbox"/> Kranken./Vers. <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> pro medico																													
Bemerkungen _____		Geschlecht Pat. <input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> männl.																													
Entnahmedatum und -zeit																															
Tag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Monat	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Uhrzeit _____																		
Probenmaterial, Präanalytik (wird vom Labor ausgefüllt)																															
<input type="checkbox"/> EB <input type="checkbox"/> KBE <input type="checkbox"/> KBA <input type="checkbox"/> BA <input type="checkbox"/> KMA <input type="checkbox"/> KMZ <input type="checkbox"/> KMHE <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> CB <input type="checkbox"/> CPL <input type="checkbox"/> CPL4 <input type="checkbox"/> CPL-20 <input type="checkbox"/> NB <input type="checkbox"/> SE <input type="checkbox"/> FACS <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> EBG <input type="checkbox"/> EBG-20 <input type="checkbox"/> BS <input type="checkbox"/> KMS <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____																															
Hämatologie																															
Blockanalysen																															
<input type="checkbox"/> Schilddrüsenabklärung klein <input type="checkbox"/> ft3 <input type="checkbox"/> ft4 <input type="checkbox"/> TSH		<input type="checkbox"/> Hormonstatus weiblich <input type="checkbox"/> LH <input type="checkbox"/> FSH <input type="checkbox"/> Prolactin <input type="checkbox"/> E2																													
<input type="checkbox"/> Sterilität/Fertilität <input type="checkbox"/> LH <input type="checkbox"/> FSH <input type="checkbox"/> Prolactin <input type="checkbox"/> DHEA-S <input type="checkbox"/> Cortisol <input type="checkbox"/> Beta-HCG <input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/> Progesteron		<input type="checkbox"/> Virilisierung/Hirsutismus <input type="checkbox"/> LH <input type="checkbox"/> FSH <input type="checkbox"/> Prolactin <input type="checkbox"/> Androstendion <input type="checkbox"/> DHEA-S <input type="checkbox"/> SHBG <input type="checkbox"/> Testosteron frei <input type="checkbox"/> 17-OH-Prog																													
<input type="checkbox"/> 1. Trimestertest <input type="checkbox"/> PAPP-A + Beta-HCG frei (10+3 bis 13+6 SSW) LP: _____ Scheitel-Steisslänge [mm]: _____ am: _____ SSW nach US: _____ Nackentransparenz [mm]: _____ Gewicht der Patientin [kg]: _____ Ethnische Herkunft <input type="checkbox"/> kaukasisch (weiss) <input type="checkbox"/> afrokaribisch <input type="checkbox"/> asiatisch <input type="checkbox"/> orientalisch <input type="checkbox"/> andere Diabetes <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Nikotinabusus <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Zwillinge/Mehrl. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Frühere Aneuploidien / Bemerkungen _____																															
Einzelanalysen																															
<input type="checkbox"/> Ferritin <input type="checkbox"/> CA 125 <input type="checkbox"/> CA 15-3 <input type="checkbox"/> weitere: _____																															

Bitte Felder
schwarz markieren

- Richtig
- Falsch



AA11

MUSTER

Tagesnummer
(für Labor reserviert)

Tagesnummer
(für Labor reserviert)

IKCH21