

Praxis Brunnenhof - S. Manser

 AA11	PatientIn	AuftraggeberIn
	Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____ Adresse _____ PLZ, Ort _____ Versicherung _____ Vers.-Nr. _____ Bemerkungen _____ _____ _____ _____	AA11 <RECHNUNGSKANAL> 071 222 99 99 Adresszeile 1 Adresszeile 2 Adresszeile 3 Adresszeile 4 Adresszeile 5 Adresszeile 5 Unterschrift _____ Befundkopien an _____ _____ Befund- zustellung <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Hakom <input type="checkbox"/> HIN Rechnung an <input type="checkbox"/> Auftrag. <input type="checkbox"/> Kranken./Vers. <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> pro medico Geschlecht Pat. <input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> männl.
Entnahmedatum und -zeit		
Tag <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 21 <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 26 <input type="checkbox"/> 27 <input type="checkbox"/> 28 <input type="checkbox"/> 29 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 31 Monat <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 Uhrzeit _____		
Tagesnummer (für Labor reserviert)	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"/> _____	
Tagesnummer (für Labor reserviert)	Analysen	
	Blockanalysen <input type="checkbox"/> Schilddrüsenabklärung klein <input type="checkbox"/> fT3 <input type="checkbox"/> fT4 <input type="checkbox"/> TSH <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"/> TSH <input type="checkbox"/> Progesteron <input type="checkbox"/> Eisenstatus <input type="checkbox"/> Eisen <input type="checkbox"/> Transferrin <input type="checkbox"/> Ferritin <input type="checkbox"/> Hb + Hk + Thc (EDTA) <input type="checkbox"/> Hämoglobin <input type="checkbox"/> Hämatokrit <input type="checkbox"/> Thrombozyten <input type="checkbox"/> Gerinnung (Citrat) <input type="checkbox"/> Quick <input type="checkbox"/> PTT <input type="checkbox"/> Fibrinogen <input type="checkbox"/> D-Dimer <input type="checkbox"/> Hormonstatus weiblich <input type="checkbox"/> LH <input type="checkbox"/> FSH <input type="checkbox"/> Prolactin <input type="checkbox"/> E2 <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"/> löslicher Transferrin Rezeptor	
Einzelanalysen		
<input type="checkbox"/> CA 125 <input type="checkbox"/> CA 15-3 <input type="checkbox"/> CEA <input type="checkbox"/> weitere : _____		
IKCH21	Blutspendezentrum SRK	
<input type="checkbox"/> Blutgruppenbestimmung <input type="checkbox"/> AK-Suchtest <input type="checkbox"/> Blutgruppenkarte direkt an Patientin schicken		