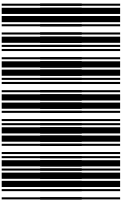


# Gynäkologie Dr. A. Ehram

Bitte Felder schwarz markieren

Richtig

Falsch

PatientIn		AuftraggeberIn																													
 AA 11		<RECHNUNGSKANAL> 071 222 99 99																													
Name		Adressezeile 1 Adressezeile 2 Adressezeile 3 Adressezeile 4 Adressezeile 5 Adressezeile 5																													
Vorname		Unterschrift																													
Geburtsdatum <span style="float:right">SSW Tag</span>		Befundkopien an																													
Adresse																															
PLZ, Ort																															
Versicherung																															
Vers.-Nr.																															
<b>Bemerkungen</b> Bitte klinischen Befund / Bemerkungen erfassen _____ _____ _____		Rechnung an <input type="checkbox"/> Auftrag. <input type="checkbox"/> Kranken./Vers. <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> pro medico <input type="checkbox"/> SVAR (default)																													
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																			
Stunde	00	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23							
Minute	00	05	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55																			
Probenmaterial, Präanalytik																															
<input type="checkbox"/> Serum <input type="checkbox"/> Urin <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																															
<input type="checkbox"/> EDTA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																															
Klinische Chemie / Immunologie / Hämatologie																															
Blockanalysen																															
Biogramm: <input type="checkbox"/> Chemogramm gross (Se) <input type="checkbox"/> Hämatogramm (EDTA)																															
<input type="checkbox"/> Eisen-Status (Se: Eisen, Tansferrin, Ferritin)																															
<input type="checkbox"/> Schilddrüsenabklärung klein (Se: FT3, FT4, TSH)																															
<input type="checkbox"/> Osteoporose (Se+Urin: Ostase, Ca, Albumin, 25-OH-Vit. D3, AP, Phosphat, Pyridinolin-Crosslinks)																															
<input type="checkbox"/> Hormonstatus w. (Se: FSH, LH, Prolactin, E2)																															
<input type="checkbox"/> Sterilität/Fertilität (Se: FSH, LH, Prolactin, TSH, β-HCG, Cortisol, DHEA-S, E2, Progesteron)																															
<input type="checkbox"/> Virilisierung/Hirsutismus (Se: FSH, LH, Prolactin, Androstendion, DHEA-S, SHBG, Testosteron frei, 17-OH-Progesteron)																															
<input type="checkbox"/> Antiaging (Se: IGF-1, TSH, FT3, FT4, Progesteron, Homocystein, E2, Insulin, Androstendion, FSH, LH, DHEA-S, Prol, Testo.fr., 17-OH-Prog, Cortisol)																															
Einzelanalysen																															
<input type="checkbox"/> FSH <input type="checkbox"/> 17-OH-Progesteron <input type="checkbox"/> Androstendion <input type="checkbox"/> AFP <input type="checkbox"/> CEA																															
<input type="checkbox"/> LH <input type="checkbox"/> Prolactin <input type="checkbox"/> DHEA-S <input type="checkbox"/> β-HCG <input type="checkbox"/> SCC																															
<input type="checkbox"/> E2 <input type="checkbox"/> Testosteron <input type="checkbox"/> SHBG <input type="checkbox"/> CA 125 <input type="checkbox"/>																															
<input type="checkbox"/> Progesteron <input type="checkbox"/> Testosteron frei <input type="checkbox"/> E1 <input type="checkbox"/> CA 15-3 <input type="checkbox"/>																															
1. Trimestertest																															
<input type="checkbox"/> PAPP-A + β-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 _____																															
Blutspendezentrum SRK																															
<input type="checkbox"/> Blutgruppenbestimmung <input type="checkbox"/> AK-Suchtest <input type="checkbox"/> Blutgruppenkarte direkt an Patientin schicken																															
Tagesnummer (für Labor reserviert)		Tagesnummer (für Labor reserviert)																													
IKCH21																															