

# Gynäkologie Dr. A. Ehrsam

Bitte Felder schwarz markieren  Richtig  Falsch

PatientIn		AuftraggeberIn																													
Name _____		Unterschrift _____																													
Vorname _____		Befundkopien an _____																													
Geburtsdatum _____ SSW + Tag _____ +																															
Adresse _____																															
PLZ, Ort _____																															
Versicherung _____																															
Vers.-Nr. _____																															
Bemerkungen <small>Bitte Klinischen Befund/Bemerkungen erfassen</small>																															
_____																															
_____																															
_____		Rechnung an <input type="checkbox"/> Auftrag. <input type="checkbox"/> Krankenk./Vers. <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> pro medico <input type="checkbox"/> SVAR (default)																													
Entnahmedatum und -zeit																															
Tag	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 3	<input type="text"/> 4	<input type="text"/> 5	<input type="text"/> 6	<input type="text"/> 7	<input type="text"/> 8	<input type="text"/> 9	<input type="text"/> 10	<input type="text"/> 11	<input type="text"/> 12	<input type="text"/> 13	<input type="text"/> 14	<input type="text"/> 15	<input type="text"/> 16	<input type="text"/> 17	<input type="text"/> 18	<input type="text"/> 19	<input type="text"/> 20	<input type="text"/> 21	<input type="text"/> 22	<input type="text"/> 23	<input type="text"/> 24	<input type="text"/> 25	<input type="text"/> 26	<input type="text"/> 27	<input type="text"/> 28	<input type="text"/> 29	<input type="text"/> 30	<input type="text"/> 31
Monat	<input type="text"/> 1	<input type="text"/> 2	<input type="text"/> 3	<input type="text"/> 4	<input type="text"/> 5	<input type="text"/> 6	<input type="text"/> 7	<input type="text"/> 8	<input type="text"/> 9	<input type="text"/> 10	<input type="text"/> 11	<input type="text"/> 12																			
Stunde	<input type="text"/> 00	<input type="text"/> 01	<input type="text"/> 02	<input type="text"/> 03	<input type="text"/> 04	<input type="text"/> 05	<input type="text"/> 06	<input type="text"/> 07	<input type="text"/> 08	<input type="text"/> 09	<input type="text"/> 10	<input type="text"/> 11	<input type="text"/> 12	<input type="text"/> 13	<input type="text"/> 14	<input type="text"/> 15	<input type="text"/> 16	<input type="text"/> 17	<input type="text"/> 18	<input type="text"/> 19	<input type="text"/> 20	<input type="text"/> 21	<input type="text"/> 22	<input type="text"/> 23							
Minute	<input type="text"/> 00	<input type="text"/> 05	<input type="text"/> 10	<input type="text"/> 15	<input type="text"/> 20	<input type="text"/> 25	<input type="text"/> 30	<input type="text"/> 35	<input type="text"/> 40	<input type="text"/> 45	<input type="text"/> 50	<input type="text"/> 55																			
Tagesnummer (für Labor reserviert)		Tagesnummer (für Labor reserviert)																													
<b>MIKROBIOLOGIE</b>		<b>IMMUNOLOGIE</b>																													
<b>Probenmaterial, Präanalytik</b> <input type="checkbox"/> Serum <span style="float:right"><input type="text"/> 01 <input type="text"/> 02 <input type="text"/> 03 <input type="text"/> 04 <input type="text"/> 05 <input type="text"/> 06 <input type="text"/> 07 <input type="text"/> 08 <input type="text"/> 09 <input type="text"/> 10</span> <input type="checkbox"/> EDTA-Blut <span style="float:right"><input type="text"/> 11 <input type="text"/> 12 <input type="text"/> 13 <input type="text"/> 14 <input type="text"/> 15 <input type="text"/> 16 <input type="text"/> 17 <input type="text"/> 18 <input type="text"/> 19 <input type="text"/> 20</span>																															
<b>Laboranalysen</b>																															
<b>Blockanalysen</b> <input type="checkbox"/> Routineblock klein ohne HIV (Serum: TPPA, Rubella IgG, anti-HBc, HBs-Ag, HIV 1+2) (Serum) <input type="checkbox"/> Routineblock klein mit HIV (Serum: TPPA, Rubella IgG, anti-HBc, HBs-Ag, HIV 1+2) (Serum) <input type="checkbox"/> Geschlechtskrankheiten ohne HIV (Serum: Chlamydia, Gonokokken, VDRL, TPPA, Treponema EIA) <input type="checkbox"/> Geschlechtskrankheiten mit HIV (Serum: Chlamydia, Gonokokken, VDRL, TPPA, Treponema EIA, HIV) <input type="checkbox"/> Hepatitis: Ätiologie klein (Serum: anti-HAV IgM, HBs-Ag, anti-HBc, anti-HBc IgM, anti-HCV) <input type="checkbox"/> Hepatitis: Immunität (Serum: anti-HAV, HBs-Ag, anti-HBc, anti-HBs, anti-HCV)  <input type="checkbox"/> Hepatitis B Infektiosität (Serum: HBs-Ag, HBe-Ag, anti-HBe)																															
<b>Einzelanalysen</b> <input type="checkbox"/> Hepatitis B anti-HBc (Serum) <input type="checkbox"/> Toxoplasmose IgG + IgM (Serum - bei klin. Indikation) <input type="checkbox"/> Herpes simplex Typ I+II IgG (Serum) <input type="checkbox"/> Varizella-Zoster IgG + IgM (Serum) <input type="checkbox"/> HIV Ag + Ak (Serum)																															
<b>Mikrobiologie</b> <input type="checkbox"/> Vaginalabstrich <input type="checkbox"/> Cervixabstrich <input type="checkbox"/> Vaginalabstrich <input type="checkbox"/> Cervixabstrich  <input type="checkbox"/> allgemeine Bakt. (COPAN Transportmedium) <input type="checkbox"/> Herpes simplex Virus 1+2 (Objektträger für IF) <input type="checkbox"/> Myco-/Ureaplasma (COPAN Transportmedium) <input type="checkbox"/> Pilze (COPAN Transportmedium) <input type="checkbox"/> Vaginalabstrich <input type="checkbox"/> Cervixabstrich <input type="checkbox"/> Streptokokken B (COPAN Transportmedium)  <input type="checkbox"/> Vaginalabstrich <input type="checkbox"/> Cervixabstrich <input type="checkbox"/> Herpes simplex Virus 1+2 (Virustransportmedium) (Schnellkultur)																															
<b>IKMI 11</b> <input type="checkbox"/> Chlamydien PCR (Amplisor) <input type="checkbox"/> Neiss. gonorrhoeae PCR (Amplisor)																															