

Berit Klinik - Gynäkologie

Bitte Felder schwarz markieren: richtig falsch

	Auftraggeber, Gefäßnummern	
	Patient (Name, Vorname, Geburtsdatum)	
	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Frau</p> <p><input type="checkbox"/> Mann</p>	
	Entnahmedatum und -zeit	
	<p>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</p> <p><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</p> <p>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</p>	
	Priorität	
	<p><input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Express <input type="checkbox"/> Notfall</p>	
	Probenmaterial	
	<p><input type="checkbox"/> Serum</p>	
	Einzelanalyse	
	<p><input type="checkbox"/> anti-HBc <input type="checkbox"/> CMV IgG <input type="checkbox"/> Parvo B19 IgG <input type="checkbox"/> Toxoplasmose IgG (1)</p> <p><input type="checkbox"/> HBs-Antigen <input type="checkbox"/> CMV IgM <input type="checkbox"/> Parvo B19 IgM <input type="checkbox"/> Toxoplasmose IgM (1)</p> <p><input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> (1) bei klin. Indikation</p> <p><input type="checkbox"/> Rubella IgG <input type="checkbox"/> Varizellen IgG <input type="checkbox"/> Treponemen VDRL</p> <p><input type="checkbox"/> Rubella IgM <input type="checkbox"/> Varizellen IgM <input type="checkbox"/> Treponemen TPPA</p>	
frei lassen! (für Labor reserviert)	Bemerkungen	
	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
	IKMI11	

hier falten

MUSTER