


Praxis Brunnenhof - S. Manser

Bitte Felder schwarz markieren: richtig falsch

	PatientIn	AuftraggeberIn
	Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____ Adresse _____ PLZ, Ort _____ Versicherung _____ Vers.-Nr. _____ Bemerkungen _____ _____ _____ _____	<KUNDE> _____ <RECHNUNGSKANAL> <ZEILE1> <ZEILE2> <ZEILE3> <ZEILE4> <ZEILE5> <ZEILE6> Tel. <TELEFON> 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"/> Krankenk./Vers. <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> pro medico Geschlecht Pat. <input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> männl.
Tagesnummer (für Labor reserviert) BAKTERIOLOGIE	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) MOLEKULARBIOLOGIE	Probenmaterial, Präanalytik (wird vom Labor ausgefüllt) <input type="checkbox"/> Serum <input type="checkbox"/> Vaginalabstrich <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> EDTA-Blut <input type="checkbox"/> Cervixabstrich <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Erststrahlurin (Chlam/GO-PCR) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mittelstrahlurin (Bakterien, Hefen, Kultur) <input type="checkbox"/>	
Tagesnummer (für Labor reserviert) IMMUNOLOGIE	Laboranalysen Immunologie Blockanalysen <input type="checkbox"/> Schwangerschafts-Routine-Block (Serum) <input type="checkbox"/> Embryopathie (Serum) <input type="checkbox"/> Rubella IgG <input type="checkbox"/> Cytomegalo Virus IgG + M <input type="checkbox"/> Rubella IgG + M <input type="checkbox"/> Hepatitis HBs-Ag, HBs-AK, anti-HBc-AK <input type="checkbox"/> Toxoplasma IgG + M <input type="checkbox"/> Varizella zoster Virus IgG + M <input type="checkbox"/> Treponemen VDRL (Lues) <input type="checkbox"/> Cytomegalo Virus IgG + M <input type="checkbox"/> Treponemen TPPA (Lues) <input type="checkbox"/> Varizella zoster IgG + IgM Einzelanalysen <input type="checkbox"/> Parvovirus B19 IgG + M <input type="checkbox"/> Treponemen TPPA (Lues) <input type="checkbox"/> HIV Ag + AK <input type="checkbox"/> Hepatitis C Virus Screen <input type="checkbox"/> Toxoplasma IgG + M (bei Klin. Indikation) <input type="checkbox"/> Rubella IgG + M Molekularbiologie Einzelanalyse <input type="checkbox"/> Chlamydien PCR (Amplicor od. Erststrahlurin) <input type="checkbox"/> Gonokokken PCR (Amplicor od. Erststrahlurin) <input type="checkbox"/> weitere: _____	
IKMI 11	Bakteriologie Einzelanalysen <input type="checkbox"/> allgemeine Bakt <input type="checkbox"/> Pilze (COPAN Transp.med.) <input type="checkbox"/> Herpes Simplex Virus 1+2 (Virus transportmedium) (Schnellkultur) <input type="checkbox"/> Herpes simplex Virus 1+2 (Objektträger für Immunfluoreszenz) <input type="checkbox"/> Streptokokken B (COPAN Transportmedium) <input type="checkbox"/> Myco- / Ureaplasma (Mycoplasma Transportmedium)	