

Bitte Felder schwarz markieren

Richtig Falsch

	Bemerkungen, Gefäßnummern		Labor		
	<KUNDE> <ZEILE1> <ZEILE2> <ZEILE3> <ZEILE4> <ZEILE5> <ZEILE6> <RECHNUNGSKANAL>		1 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 21 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 26 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 27 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 28 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 29 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/>		
Patient (Name, Vorname, Geburtsdatum)					
_____ _____ <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Mann					
Entnahmedatum und -zeit					
Tag 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 <input type="checkbox"/>					
Monat 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"/>					
Stunde 00 <input type="checkbox"/> 01 <input type="checkbox"/> 02 <input type="checkbox"/> 03 <input type="checkbox"/> 04 <input type="checkbox"/> 05 <input type="checkbox"/> 06 <input type="checkbox"/> 07 <input type="checkbox"/> 08 <input type="checkbox"/> 09 <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"/>					
Minute 00 <input type="checkbox"/> 05 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 35 <input type="checkbox"/> 40 <input type="checkbox"/> 45 <input type="checkbox"/> 50 <input type="checkbox"/> 55 <input type="checkbox"/>					
KUNDE *KUNDE* <KUNDE>	Priorität				
	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Express <input type="checkbox"/> Notfall				
frei lassen! (für Labor reserviert)	Probenmaterial				
	<input type="checkbox"/> Nativ-Blut <input type="checkbox"/> Serum				
KUNDE *KUNDE* <KUNDE>	<input type="checkbox"/> Quellenperson <input checked="" type="checkbox"/> Hepatitis C-AK <input type="checkbox"/> HBsAg Nur bei unklarem Hepatitis B-Impfschutz der verletzten Person <input checked="" type="checkbox"/> HIV-Screening				
	<input type="checkbox"/> verletzte Person <input checked="" type="checkbox"/> Reserveprobe <input type="checkbox"/> anti HBs Nur bei geimpften Personen mit unklarem Hepatitis B-Impfschutz				
Bitte pro Person einen separaten Auftrag ausfüllen und mit deutlicher Markierung entweder als verletzte Person oder als QuellenpatientIn.					
Weitere Untersuchungen nur nach telefonischer Absprache mit dem Dienstarzt IKMI (Tel. 071 494 37 08).					
IKMI 11					

hier falten