

# Kant. Spital Heiden - Gynäkologie

Bitte Felder schwarz markieren:  Richtig  Falsch

PatientIn		AuftraggeberIn	
<u>Name</u>			
<u>Vorname</u>			
<u>Geburtsdatum</u>			
<u>Adresse</u>			
<u>PLZ, Ort</u>		<u>Unterschrift</u>	
<u>Versicherung</u>		<u>Befundkopien an</u>	
<u>Vers.-Nr.</u>			
<u>Bemerkungen</u>		<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: <input type="checkbox"/> Pat. <input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> männl.	
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		
Stunde	<input type="checkbox"/> 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		
Min.	<input type="checkbox"/> 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		
Tagesnummer (für Labor reserviert)	MIKROBIOLOGIE	Probenmaterial, Präanalytik (wird vom Labor ausgefüllt) <input type="checkbox"/> Serum <input type="checkbox"/> EDTA-Blut	
		<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	
Tagesnummer (für Labor reserviert)	IMMUNOLOGIE	<b>Laboranalysen</b> <b>Immunologie (Probenmaterial: Serum)</b> <input type="checkbox"/> Schwangerschafts-Routine-Block <input type="checkbox"/> Embryopathie-Block <input type="checkbox"/> Rubella IgG + M <input type="checkbox"/> Rubella IgG + M <input type="checkbox"/> Hepatitis HBs-Ag <input type="checkbox"/> Toxoplasma IgG + M <input type="checkbox"/> Varizella zoster Virus IgG + M <input type="checkbox"/> Treponemen VDRL (Lues) <input type="checkbox"/> Treponemen TPPA (Lues) <input type="checkbox"/> Treponemen TPPA (Lues) <input type="checkbox"/> HIV Ag + Ak <input type="checkbox"/> Cytomegalo Virus IgG + M <input type="checkbox"/> Parvovirus B19 IgG + M <input type="checkbox"/> Toxoplasma IgG + M (bei klin. Indikation)	
		<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 Transportmed.) <input type="checkbox"/> Herpes simplex Virus 1+2 (Objektträger für IF) <input type="checkbox"/> Myco-/Ureaplasma (COPAN Transportmed.) <input type="checkbox"/> Vaginalabstrich <input type="checkbox"/> Cervixabstrich <input type="checkbox"/> Pilze (COPAN Transportmed.) <input type="checkbox"/> Herpes simplex Virus 1+2 (Virustransportmedium) (Schnellkultur) <input type="checkbox"/> Streptokokken B (COPAN Transportmed.) <input type="checkbox"/> Vaginalabstrich <input type="checkbox"/> Cervixabstrich <input type="checkbox"/> Chlamydien PCR (Amplicor) <input type="checkbox"/> Neiss. gonorrhoeae PCR (Amplicor)	
IKMI11			