

Umfrage Varizella Zoster (KSSG-Personal)

	Bemerkungen, Gefäßnummern		Labor		
	Auftraggeber: <KUNDE> <ZEILE1> <ZEILE2> <ZEILE3> <ZEILE4> <ZEILE5> <RECHNUNGSKANAL>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personalkleber	Mitarbeiter (Name, Vorname, Geburtsdatum)				
	_____ _____ <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Mann				
	Entnahmedatum und -zeit				
	Tag	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 16	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 17	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 18	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 19
		<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 21	<input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 22	<input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 23
		<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 24	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 25	<input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 26	<input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 27
		<input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 28	<input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 29	<input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 30	<input type="checkbox"/> 31
	Monat	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 00	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 03
		<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 04	<input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 05	<input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 06	<input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 07
		<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 08	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 09	<input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 11
	Stunde	<input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 00	<input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 01	<input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 02	<input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 03
		<input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 04	<input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 05	<input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 06	<input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 07
		<input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 08	<input type="checkbox"/> 21 <input type="checkbox"/> 09	<input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 11
	Minute	<input type="checkbox"/> 00 <input type="checkbox"/> 00	<input type="checkbox"/> 05 <input type="checkbox"/> 05	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 15
		<input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 25	<input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 30	<input type="checkbox"/> 35 <input type="checkbox"/> 35
		<input type="checkbox"/> 40 <input type="checkbox"/> 40	<input type="checkbox"/> 45 <input type="checkbox"/> 45	<input type="checkbox"/> 50 <input type="checkbox"/> 50	<input type="checkbox"/> 55 <input type="checkbox"/> 55
* * KUNDE * * <KUNDE>	Priorität				
	<input type="checkbox"/> Normal				
	Probenmaterial				
	<input type="checkbox"/> Nativ-Blut				
	Methoden				
	<input type="checkbox"/> Varizella-Zoster Virus IgG				
	<input type="checkbox"/> Befundkopie an Privatadresse des Mitarbeiters				
frei lassen ! (für Labor reserviert)					
IKMI 11					

MUSTER

hier falten