

Diagnose / Bemerkungen: _____

Probengefäß 1 Hämatologische Spezialanalytik	Probengefäß 3	Probengefäß 4 Drugmonitoring	
Material: EDTA-Vollblut	Material: Serum (Ausnahmen: siehe unten)	Material: Serum	ZUSATZ-INFORMATIONEN für Probengefäß 4:
<input type="checkbox"/> Differentialblutbild (einschl. kleines Blutbild)	<input type="checkbox"/> Eiweiß-Elektrophorese	Antiasthmatika:	<input type="checkbox"/> Intoxikationsverdacht
<input type="checkbox"/> Retikulozyten	<input type="checkbox"/> IgG	Antiepileptika:	Antiepileptika:
<input type="checkbox"/> Hb-Elektrophorese	<input type="checkbox"/> IgA	<input type="checkbox"/> Phenytoin <input type="checkbox"/> Primidon	<input type="checkbox"/> Monotherapie
<input type="checkbox"/> Sichelzelltest	<input type="checkbox"/> IgM	<input type="checkbox"/> Phenobarbital <input type="checkbox"/> Ethosuximid	<input type="checkbox"/> Kombinationstherapie
<input type="checkbox"/> Ausstrich auf Plasmodien (Malaria)	<input type="checkbox"/> Immunglobulin-Leichtketten (Ig _κ , Ig _λ)	<input type="checkbox"/> Valproinsäure <input type="checkbox"/> Carbamazepin	
<input type="checkbox"/> spezielle morphologische Fragestellungen (bitte im Feld „Diagnose/Bemerkungen“ angeben)	<input type="checkbox"/> IgE	Zytostatika:	Zytostatika:
	<input type="checkbox"/> IgG-Subklassen (IgG 1-4)	<input type="checkbox"/> Methotrexat	<input type="checkbox"/> Entnahme nach 24 Std.
	<input type="checkbox"/> α ₁ -Antitrypsin	Antibiotika:	<input type="checkbox"/> Entnahme nach 48 Std.
	<input type="checkbox"/> Haptoglobin	<input type="checkbox"/> Gentamycin	<input type="checkbox"/> zusätzl. Entn. nach ___Std.
	<input type="checkbox"/> Hämopectin	<input type="checkbox"/> Tobramycin <input type="checkbox"/> Netilmycin	Antibiotika:
	<input type="checkbox"/> Transferrin	<input type="checkbox"/> Amikacin <input type="checkbox"/> Vancomycin	<input type="checkbox"/> Entnahme im Minimum (vor Gabe)
Probengefäß 2 Molekularbiologische Analysen*	<input type="checkbox"/> ACE	Antiarrhythmika:	<input type="checkbox"/> Entnahme im Maximum (nach Gabe)
Material: EDTA-Vollblut	<input type="checkbox"/> Fructosamine	<input type="checkbox"/> Chinidin <input type="checkbox"/> Lidocain	WICHTIG: ENTNAHME- EMPFEHLUNGEN (SIEHE RÜCKSEITE) UND ZUSATZ- INFORMATIONEN BEACHTEN!
Thrombophilie	<input type="checkbox"/> HBA _{1c} (EDTA-Vollblut)	Herglycoside:	
<input type="checkbox"/> Faktor V (Leiden) R 506 Q	<input type="checkbox"/> Ammoniak (Li-Hep.-Plasma)	<input type="checkbox"/> Digoxin <input type="checkbox"/> Digitoxin	
<input type="checkbox"/> Faktor II G 20210 >A	<input type="checkbox"/> Immundefixation (kann nur bei pathologischer Eiweiß-Elektrophorese und/oder erhöhten Immunglobulin-Konzentrationen oder nach Rücksprache angefordert werden)	Leberfunktionstest:	
Hämochromatose	<input type="checkbox"/> Isoenzymanalytik (nur nach Rücksprache)	<input type="checkbox"/> MEGX	
<input type="checkbox"/> HFE C 282 Y Polymorphismus	<input type="checkbox"/> CK-Isoenzyme	Probengefäß 5	
<input type="checkbox"/> HFE H 63 D Polymorphismus		Material: EDTA-Vollblut	
* nach Rücksprache		<input type="checkbox"/> Cyclosporin, monoklonal	
Bitte nur Anforderungen für Probengefäß 1 <u>oder</u> 2 markieren!		<input type="checkbox"/> Cyclosporin, polyklonal	
		<input type="checkbox"/> FK 506	
		Bitte nur Anforderungen für Probengefäß 4 <u>oder</u> 5 markieren!	

Tag	Std.	Std.	Min.	Ohne Klinik-Stationsschlüssel keine Sofortübermittlung	1	2	3	4	5
Mon.	0	12	00						
Dien.	1	13	10						
Mitt.	2	14	20	0					
Donn.	3	15	30	1					
Frei.	4	16	40	2					
Sam.	5	17	50	3					
Son.	6	18		4					
	7	19		5					
	8	20		6					
	9	21		7					
	10	22		8					
	11	23		9					

Privatpatient: ja Nur vom Labor auszufüllen
nein

Feld für handschriftliche Eintragung

KGN _____ Station _____

Name _____

Geb.-Datum _____

An dieser Stelle nur Patienten-Etikett einkleben

