

Diagnose: _____ Bemerkungen des Einsenders: _____

Lebensgefahr **bevorzugte Befundmitteilung erwünscht (innerhalb 2 Std.)**

DRINGLICHKEIT unbedingt angeben, sonst keine Sofort-Analysen!

Probengefäß 1		Probengefäß 2		Probengefäß 4	
Material: <input type="checkbox"/> Plasma <input type="checkbox"/> Sonstiges		Material: Lithium-Heparin-Vollblut (sofortiger Probentransport zum Labor erforderlich)		Material: EDTA-Vollblut	
<input type="checkbox"/> Natrium	<input type="checkbox"/> Eisen	<input type="checkbox"/> arterielles Blut <input type="checkbox"/> Sonstiges	<input type="checkbox"/> Hb, Erythrozyten, Hkt, Erythrozytenindizes		
<input type="checkbox"/> Kalium	<input type="checkbox"/> Magnesium	<input type="checkbox"/> venöses Blut	<input type="checkbox"/> Leukozyten		
<input type="checkbox"/> Calcium		<input type="checkbox"/> Blutgase	<input type="checkbox"/> Thrombozyten		
<input type="checkbox"/> Chlorid		Zusatzuntersuchungen:		<input type="checkbox"/> Sonstiges Material (Nur Hb-Bestimmung)	
<input type="checkbox"/> Harnstoff	<input type="checkbox"/> Triglyceride	<input type="checkbox"/> Na, K, Cl (Ionenaktivitäten)			
<input type="checkbox"/> Kreatinin	<input type="checkbox"/> Cholesterin ges.	<input type="checkbox"/> Glucose			
<input type="checkbox"/> Harnsäure	<input type="checkbox"/> HDL-Cholesterin	<input type="checkbox"/> ionisiertes Calcium			
<input type="checkbox"/> Eiweiß gesamt	<input type="checkbox"/> LDL-Cholesterin	<input type="checkbox"/> Lactat			
<input type="checkbox"/> Glucose	<input type="checkbox"/> CHE	<input type="checkbox"/> AVDO ₂ /Shunt			
<input type="checkbox"/> ASAT (GOT)	<input type="checkbox"/> LDH	unbedingt O ₂ -Beatmung angeben:			
<input type="checkbox"/> ALAT (GPT)	<input type="checkbox"/> AP	Fi O ₂ (%) 1 2 3 4 5 6 7 8 9			
<input type="checkbox"/> CK gesamt	<input type="checkbox"/> Lipase	100 <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> CK MB		10 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> γGT		1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> GLDH		Probengefäß 3 (Gerinnung)		Probengefäß 5	
<input type="checkbox"/> pankreaspez. Amylase		Material: Citratblut		Material: Plasma	
<input type="checkbox"/> Albumin		<input type="checkbox"/> Quick, INR		<input type="checkbox"/> Myoglobin	
<input type="checkbox"/> Bilirubin gesamt		<input type="checkbox"/> Quick, aPTT, Thrombinzeit, Fibrinogen		<input type="checkbox"/> Troponin T (Serum)	
<input type="checkbox"/> Bilirubin direkt		<input type="checkbox"/> Antithrombin III		<input type="checkbox"/> CK MB-Masse	
<input type="checkbox"/> C-reaktives Protein		<input type="checkbox"/> Batroxobin-Zeit		<input type="checkbox"/> Interleukin 6 (tgl. 8-11 Uhr)	
<input type="checkbox"/> Anorg. Phosphor		<input type="checkbox"/> Faktor V			
		<input type="checkbox"/> D-Dimere			
		Bitte nur Anforderungen für Probengefäß 2 oder 3 markieren!		Bitte nur Anforderungen für Probengefäß 4 oder 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
 nein

Nur vom Labor auszufüllen

Feld für handschriftliche Eintragung

KGN _____ Station _____

Name _____

Geb.-Datum _____

An dieser Stelle nur Patienten-Etikett einkleben

LAB  NR

LAB  NR

LAB  NR