

Anforderung einer Laboruntersuchung

Institut für Labormedizin und Mikrobiologie (ILM)

Direktor Hr. PD Dr. med. Reinhard Hoffmann

Stenglinstr. 2
86156 Augsburg
Tel: 0821/400-2780

Institut für Transfusionsmedizin und Hämostaseologie (ITH)

Direktorin Fr. Dr. med. Stefanie Grützner

Fax: 0821/400-2756

Absender (bitte vollständig ausfüllen / Stempel / Etikett):			
Klinik / Praxis		Ansprechpartner:	
Straße / Nr.		Tel.:	
PLZ Ort		FAX-Nr. :	
Patientendaten: (bitte vollständig ausfüllen oder Patientenetikett):			
Name, Vorname		<input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ambulant	
Geburtsdatum		<input type="checkbox"/> GKV (Überweisungsschein)	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers		<input type="checkbox"/> Selbstzahler / Privatpatient
Adresse			
Klinische Angaben / Diagnosen / Verdachtsdiagnosen:			
Medikamentöse Vorbehandlung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, welche? _____			
Gewünschte Untersuchung / -en:			
Eingesandtes Probenmaterial:			
<input type="checkbox"/> Serum	<input type="checkbox"/> Urin*	<input type="checkbox"/> Sputum	<input type="checkbox"/> Stuhl
<input type="checkbox"/> EDTA-, Citrat-, Heparin-Vollblut	<input type="checkbox"/> Liquor	<input type="checkbox"/> Speichel	<input type="checkbox"/> sonstiges Material
<input type="checkbox"/> EDTA-, Citrat-, Heparin-Plasma	<input type="checkbox"/> Biopsie _____	<input type="checkbox"/> Bronchoalveoläre Lavage	
<input type="checkbox"/> Knochenmark-Stanze	<input type="checkbox"/> Abstrich _____	<input type="checkbox"/> Tracheobronchialsekret	
<input type="checkbox"/> KM-Punktat (Zusatz: _____)			
Abnahmedatum/-zeit:		*Sammelurin: Volumen	ml / Sammelzeit: h
Befundadresse:		Rechnungsadresse:	
<input type="checkbox"/> siehe Absender		<input type="checkbox"/> siehe Absender	
<input type="checkbox"/> an folgende Anschrift:		<input type="checkbox"/> an folgende Anschrift:	
Datum:	Unterschrift Arzt:	Stempel:	