

ARBEITSGEMEINSCHAFT OSTWESTFÄLISCHER ÄRZTE Bielefeld

Dunlopstrasse 50, 33689 Bielefeld
 Telefon: 05205 / 72997-00
 Telefax: 05205 / 72997-15

Für weitergehende
 Informationen folgen
 Sie bitte dem QR-Code.



Name, Vorname
geb. am
Datum



Geschlecht

W	M
---	---

Markieren Sie bitte die gewünschten Anforderungen
 mit Kugelschreiber wie dargestellt

Abnahmedatum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Abnahmezeit

h	h	m	m
---	---	---	---

GOÄ EBM HzV (ohne Ziffer) budgetfrei Fax E-Mail patholog. Befund bek. Weiterleitung Facharzt *

Untersuchungsprofile	Klinische Chemie	Klinische Chemie	Klinische Chemie	Immunologie	Gerinnung
<input type="checkbox"/> 14er-Profil	<input type="checkbox"/> Alk. Phosphatase	<input type="checkbox"/> GGT	<input type="checkbox"/> LDL-Cholesterin	<input type="checkbox"/> ASL **	<input type="checkbox"/> Quick / INR
<input type="checkbox"/> Risiko-Profil	<input type="checkbox"/> Amylase	<input type="checkbox"/> Glucose aus NaF	<input type="checkbox"/> Lipase	<input type="checkbox"/> CRP **	<input type="checkbox"/> PTT
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> Bilirubin, gesamt	<input type="checkbox"/> Glucose aus Serum	<input type="checkbox"/> Natrium	<input type="checkbox"/> Mononucleose **	<input type="checkbox"/> Fibrinogen **
<input type="checkbox"/> Leber-Profil	<input type="checkbox"/> Calcium	<input type="checkbox"/> Gluc. aus Hämolytat	<input type="checkbox"/> Phosphor	<input type="checkbox"/> IgA	<input type="checkbox"/> Thrombinzeit
<input type="checkbox"/> Nieren-Profil	<input type="checkbox"/> Cholesterin	<input type="checkbox"/> GOT / ASAT	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> IgG	<input type="checkbox"/> 14
<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> Cholinesterase	<input type="checkbox"/> GPT / ALAT	<input type="checkbox"/> Transferrin	<input type="checkbox"/> IgM	<input type="checkbox"/> 15
<input type="checkbox"/> Vorsorge-Profil	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> Triglyceride		
<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> CK-MB	<input type="checkbox"/> Harnsäure	<input type="checkbox"/> 11	Hämatologie	Praxisprofile (PP)
<input type="checkbox"/> Fett-Profil 1	<input type="checkbox"/> CK-gesamt / NAC	<input type="checkbox"/> Harnstoff-N	Schilddrüse	<input type="checkbox"/> HbA1c	<input type="checkbox"/> PP1 <input type="checkbox"/> PP7
<input type="checkbox"/> Fett-Profil 2	<input type="checkbox"/> Chlorid	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> TSH **	<input type="checkbox"/> BSG **	<input type="checkbox"/> PP2 <input type="checkbox"/> PP8
<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> Eisen	<input type="checkbox"/> HDL-Cholesterin	<input type="checkbox"/> 12	<input type="checkbox"/> großes Blutbild	<input type="checkbox"/> PP3 <input type="checkbox"/> PP9
<input type="checkbox"/> Oberbauch-Profil	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> Kalium	Urin	<input type="checkbox"/> kleines Blutbild	<input type="checkbox"/> PP4 <input type="checkbox"/> PP10
<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> Elpho + Ges.Eiweiß	<input type="checkbox"/> Kreatinin	<input type="checkbox"/> Urin Kreatinin	<input type="checkbox"/> man. Ausstrich	<input type="checkbox"/> PP5 <input type="checkbox"/> PP11
<input type="checkbox"/> Präop.-Profil	<input type="checkbox"/> Gesamteiweiß	<input type="checkbox"/> LDH	<input type="checkbox"/> 13	<input type="checkbox"/> Retikulozyten	<input type="checkbox"/> PP6 <input type="checkbox"/> PP12

* Bitte Überweisungsschein beilegen · ** nicht anforderbar für GOÄ-Patienten
 oGTT je Probe eine Karte ausfüllen

Bitte beachten Sie auch die Hinweise auf der Rückseite!



0001



412840010020

Allgemeine Hinweise:

Der Laboranforderungsschein darf nicht geknickt, gefaltet oder verschmutzt sein.

Alle Felder sind korrekt mit Kugelschreiber auszufüllen (keinen Rotstift verwenden)!

Untersuchungsmaterial und Laboranforderungsschein sind immer zusammen einzusenden.

Auf jedem Laboranforderungsschein muss ein Barcode-Etikett aufgeklebt sein.

Die Aufbewahrungszeit für Proben im Labor beträgt drei Arbeitstage (am dritten Tag bis 11.00 Uhr).

Das Feld „Abnahmedatum“ bitte in Blockschrift ausfüllen. Dieses Feld wird maschinell ausgewertet. So helfen Sie uns, die Inhalte korrekt zu erfassen und das Alter der Proben richtig zu bestimmen. Somit wird das Auslösen von Alarmwerten bei alten Proben vermieden.

Die Markierungskästchen mit den Bezeichnungen 1 – 15 dürfen nur nach Rücksprache mit dem Labor markiert werden.

Profilinhalte:

14-er Profil:	Alk. Phosphatase, Bilirubin, Calcium, Cholesterin, Eisen, GGT, Glucose, GOT, GPT, Harnsäure, Kalium, Kreatinin, Natrium, Triglyceride
Risiko-Profil:	Cholesterin, GGT, Glucose, Harnsäure, Kalium, Kreatinin, Natrium, Triglyceride
Leber-Profil:	Alk. Phosphatase, Bilirubin, GGT, Glucose, GOT, GPT
Nieren-Profil:	Calcium, Harnsäure, Harnstoff-N, Kalium, Kreatinin, Natrium
Vorsorge-Profil:	Cholesterin, Glucose, Triglyceride, HDL-Cholesterin, LDL-Cholesterin
Fett-Profil 1:	Cholesterin, GGT, Glucose, HDL-Cholesterin, LDL-Cholesterin, Triglyceride,
Fett-Profil 2:	Cholesterin, GGT, Glucose, HDL-Cholesterin, LDL-Cholesterin, TSH basal, Triglyceride,
Oberbauch-Profil:	Alk. Phosphatase, GGT, Glucose, Lipase
Präop.-Profil:	GGT, Glucose, Kalium, kleines Blutbild (6 Parameter), Kreatinin, Natrium Bitte Blutbild- und Serum-Röhrchen einsenden!