



Pat.-Nr.:		Fallnummer:	
Name:		<input type="checkbox"/> Stationär	<input type="checkbox"/> Privat
Vorname:		<input type="checkbox"/> Ambulant	<input type="checkbox"/> Gesetzlich
Geburtsdatum:			
Geschlecht: <input type="checkbox"/> W <input checked="" type="checkbox"/> M			
Geburtsname:			
Anschrift:			
Institut für Klinische Chemie und Pathobiochemie Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg Prof. Dr. med. Berend Isermann Zentrallabor Haus 39 Leipziger Str. 44 39120 Magdeburg Tel: 0391 – 67 13919 Fax: 0391 – 67 13780		Absenderstempel Ansprechpartner: Telefon:	
Art des Untersuchungsmaterials			
<input type="checkbox"/> Li-Heparinplasma <input type="checkbox"/> Serum <input type="checkbox"/> Citratblut		Infektiös:	
Entnahmedatum:			
Entnahmezeit:			
Klinische Fragestellung:			
Medikamente		Hämostaseologie	
<input type="checkbox"/> Amikacin	<input type="checkbox"/> Phenobarbital	<input type="checkbox"/> TPZ (Quick)	<input type="checkbox"/> AT-Aktivität
<input type="checkbox"/> Carbamazepin	<input type="checkbox"/> Phenytoin	<input type="checkbox"/> PTT	<input type="checkbox"/> Fibrinmonomere
<input type="checkbox"/> Digitoxin	<input type="checkbox"/> Theophyllin	<input type="checkbox"/> Thrombinzeit	<input type="checkbox"/> D-Dimer
<input type="checkbox"/> Digoxin	<input type="checkbox"/> Valproinsäure	<input type="checkbox"/> Fibrinogen (Claus)	
<input type="checkbox"/> Gentamycin	<input type="checkbox"/> Vancomycin	Antikoagulantien	
<input type="checkbox"/> Methotrexat	<input type="checkbox"/> Lithium	<input type="checkbox"/> Anti-Xa (LMWH)	<input type="checkbox"/> Fondaparinux (Anti-Xa)
Präeklampsie		<input type="checkbox"/> Anti-Xa (Orgaran)	<input type="checkbox"/> Rivaroxaban (Anti-Xa)
<input type="checkbox"/> sFlt-1	<input type="checkbox"/> PLGF	<input type="checkbox"/> Anti-Xa (UFH)	<input type="checkbox"/> Apixaban (Anti-Xa)
		<input type="checkbox"/> Hirudin	<input type="checkbox"/> Dabigatran (Anti-IIa)
Infektionsdiagnostik			
<input type="checkbox"/> Anti-HAV	<input type="checkbox"/> Anti-HBc-IgM	<input type="checkbox"/> Anti-HEV-IgG	<input type="checkbox"/> HIV-Suchtest (Ak/Ag Kombination)
<input type="checkbox"/> Anti-HAV-IgM	<input type="checkbox"/> Anti-HBe	<input type="checkbox"/> Anti-HEV-IgM	
<input type="checkbox"/> HBs-Ag	<input type="checkbox"/> HBe-Ag	<input type="checkbox"/> Cytomegalie IgM-AK	<input type="checkbox"/> HBs-AG quantitativ / Therapiekontrolle
<input type="checkbox"/> Anti-HBs	<input type="checkbox"/> Anti-HCV	<input type="checkbox"/> Cytomegalie IgG-AK	
<input type="checkbox"/> Anti-HBc	<input type="checkbox"/> Anti-HDV	<input type="checkbox"/> Cytomegalie IGG-Avidität	<input type="checkbox"/> HIV-Ag
Weitere Untersuchungen:			
Bitte eintragen und zusätzlich Materialangabe:			
UKMD-interne Dokumentation		Angenommen durch:	
Materialannahme:			
Eingegangen: (Datum/ Uhrzeit)			

Patientenetikett

ZENTRALLABOR UKMD EINSENDERSCHEIN