

## PATIENT

Vorname, Name

Strasse, Nr.

PLZ, Ort

Geburtsdatum

Geschlecht

AHV-Nr.

Blutentnahme-Datum:

Zeit:

Datum

Operationsdatum:

Bericht erwünscht

Tel:

Fax:

Diagnose:

## BELEGARZTPRAXIS

Profile	Chemie Einzelanalysen	Urin
<input type="checkbox"/> <b>Eintrittslabor klein:</b> Hämatogramm klein, Kreatinin, Na, K, Glucose, Q (2+3+6) <input type="checkbox"/> <b>Eintrittslabor gross:</b> Hämatogramm gross, Kreatinin, Harnsäure, Calcium, Bilirubin Glucose, Protein, Na, K, CRP, Q (2+3+6) <input type="checkbox"/> <b>Enzymstatus</b> (alk.Phos., GGT, ASAT, ALAT, Amylase pankreasspez.) (6)	<b>Elektrolyte / Metabolite:</b> <input type="checkbox"/> Natrium (6) <input type="checkbox"/> Kalium (6) <input type="checkbox"/> Chlorid (6) <input type="checkbox"/> Calcium (6) <input type="checkbox"/> Phosphat (6) <input type="checkbox"/> Magnesium (6) <input type="checkbox"/> Kreatinin (6) <input type="checkbox"/> Harnstoff (6) <input type="checkbox"/> Harnsäure (6) <input type="checkbox"/> Bilirubin total (6) <input type="checkbox"/> Bilirubin Neugeborene (8) <input type="checkbox"/> Glucose (6) <b>Enzyme:</b> <input type="checkbox"/> Amylase, pankreasspezifisch (6) <input type="checkbox"/> ALAT (6) <input type="checkbox"/> ASAT (6) <input type="checkbox"/> Alk. Phosph. (6) <input type="checkbox"/> GGT (6) <input type="checkbox"/> LDH (6) <b>Proteine:</b> <input type="checkbox"/> Total Protein (6) <input type="checkbox"/> Albumin (6) <input type="checkbox"/> CRP (6) <input type="checkbox"/> Troponin I (6) separates Röhrchen! <b>Lipide:</b> <input type="checkbox"/> Cholesterol (6) <input type="checkbox"/> HDL-Cholesterol (6) <input type="checkbox"/> LDL-Cholesterol (6) <input type="checkbox"/> Triglyzeride (6) <b>Eisenstatus:</b> <input type="checkbox"/> Eisen (6) <input type="checkbox"/> Ferritin (6) <input type="checkbox"/> Transferrin (6)	<input type="checkbox"/> Urinstatus (5) <input type="checkbox"/> Allg. Bakteriologie (9 + separater Auftrag Mikrobio) <b>Zusätzliche Analysen präoperativ</b> <input type="checkbox"/> TSH (6) <input type="checkbox"/> FT3 (6) <input type="checkbox"/> FT4 (6) <input type="checkbox"/> NT pro BNP (3) <input type="checkbox"/> HCG (6) <input type="checkbox"/> PSA (1) <input type="checkbox"/> CA 15-3 (1) <input type="checkbox"/> CA 125 (1) <input type="checkbox"/> CEA (1) <input type="checkbox"/> (1) Vacutainer rot (nativ Röhrchen) (2) Vacutainer hellblau (Citrat-Röhrchen) (3) Vacutainer lila (EDTA Röhrchen) (4) Vacutainer schwarz (5) Vacutainer beige (Urin) (6) Vacutainer grün (Heparin-Röhrchen) (7) Vacutainer grau (Fluorid-Röhrchen) (8) Kapilläre Blutentnahme (9) Vacuette Urine Set (gelb) (10) Vacutainer rot 1x Vacutainer lila 1x Blutgruppenkarte Datum/Uhrzeit Blutentnahme, Visum siehe unten
<b>Gerinnung</b> <input type="checkbox"/> Pat. antikoaguliert mit: <input type="checkbox"/> Thromboplastinzeit (Quick) (2) <input type="checkbox"/> Part. Thromboplastinzeit (PTT) (2) <input type="checkbox"/> Fibrinogen (2) <input type="checkbox"/> D-Dimer (6) separates Röhrchen!		
<b>Hämatologie</b> <input type="checkbox"/> <b>Hämatogramm klein:</b> Hb, Hk, Ec, Lc, Thc, Indices (3) <input type="checkbox"/> <b>Hämatogramm gross:</b> Hb, Hk, Ec, Lc, Thc, Indices, 5-Part-Diff automatisch (3) <input type="checkbox"/> Retikulozyten (nur mit Hämatogramm) (3) <input type="checkbox"/> Hämatokrit Neugeborene (8) <input type="checkbox"/> Differenzialblutbild (3) <input type="checkbox"/> Blutsenkung (4)		
<b>Immunhämatologie</b> <input type="checkbox"/> Type + Screen (10) <input type="checkbox"/> Blutgruppe / Rh-Faktor (3) <input type="checkbox"/> Blutgruppe / Rh / DAT Neugeborene (3) <input type="checkbox"/> Antikörpersuchtest (1)		
<b>Schwangere:</b> Rhesusprophylaxe durchgeführt am:		
<b>Blutprodukte:</b> Anzahl Ec.Konz.		
<b>Bluttransfusionen in den letzten 3 Monaten?</b> <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein Bitte ausfüllen!	<b>Diverses</b> <input type="checkbox"/> Liquorblock: Zellen, Glucose, Tot. Protein (steriles Röhrchen +7) <input type="checkbox"/> Schwangerschaftstest <input type="checkbox"/> im Urin (5)	Blutentnahme: <input type="checkbox"/> venös <input type="checkbox"/> kapillär <input type="checkbox"/> arteriell <input type="checkbox"/> Port-a-Cath Durchgeführt durch (Visum):

### Elektronische Übermittlung

Mittels dem Button «Senden» übermitteln Sie das Formular direkt und gesichert an die gewählte Abteilung