

# Anforderung einer Laboruntersuchung

## Institut für Labormedizin und Mikrobiologie (ILM)

Direktor Prof. Dr. med. Reinhard Hoffmann

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

## Institut für Transfusionsmedizin und Hämostaseologie (ITH)

Komm. Direktor Dr. med. Konstantinos Doukas

Fax: 0821/400-2756

<b>Absender</b> (bitte vollständig ausfüllen / Stempel / Etikett):			
Klinik / Praxis		Ansprechpartner:	
Straße / Nr.		Tel.:	
PLZ Ort		FAX-Nr. :	
<b>Patientendaten:</b> (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			
<b>Klinische Angaben / Diagnosen / Verdachtsdiagnosen:</b>			
Medikamentöse Vorbehandlung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein   wenn ja, welche? _____			
<b>Gewünschte Untersuchung / -en:</b>			
<b>Eingesandtes Probenmaterial:</b>			
<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
<b>Befundadresse:</b>		<b>Rechnungsadresse:</b>	
<input type="checkbox"/> siehe Absender		<input type="checkbox"/> siehe Absender	
<input type="checkbox"/> an folgende Anschrift:		<input type="checkbox"/> an folgende Anschrift:	
<b>Datum:</b>	<b>Unterschrift Arzt:</b>	<b>Stempel:</b>	