

An: Uniklinikum, Speziallabor Gerinnung , Haus 23A - UG, Raum 0A229
 Theodor Stern Kai 7, D- 60596 Frankfurt, Germany; Fax: 069/6301-6705
Leitung & Befundung Erwachsene: Prof. W. Miesbach, Tel. 069/6301-6326
 Email: Wolfgang.Miesbach@kgu.de
Stv. Leitung & Befundung Kinder: Dr. C. Heller, Tel. 069/6301-4616
 mobil: 0157 76400580 Email: Christine.Heller@kgu.de

Etikett /
 Laborprobe Nr

Vom Anforderer bitte **VOLLSTÄNDIG** auszufüllen!

1. Patient: Name: **Vorname:**

Geb. Datum: **O männlich** **O weiblich**

2. Anforderer (Arzt, befugte Person) Name, Vorname :

Institution / Organisation :

Straße, Nr.: PLZ: Ort:

Tel: (0) Fax: (0)

3. Empfänger des Befundberichtes: Bericht bitte an die Anforderer-Adresse schicken, oder folgenden Empfänger:

Name, Vorname :

Straße, Nr.: PLZ: Ort:

Tel: (0) Fax: (0)

4. Die Übermittlung des Befundberichtes soll erfolgen: vorab telefonisch via Fax per Post

5. Art der eingesandten Primärprobe (Probenmaterial für die Untersuchungen von Gerinnungsparametern bitte ankreuzen, ggf. zusätzliche Angaben zur anatomische Herkunftsstelle, Probenstabilisierung):

- Citrat-Blut (1-3 ml) Zusätzliche Angaben:
 FV-/ FII-Mutation (1 ml EDTA-Blut)
 Thrombozyten-Aggregation (2-3 x 3 ml Citrat-Blut)

6. Zeitpunkt der Probenentnahme: Datum: Uhrzeit:

7. Primärprobe abgenommen durch: Name, Vorname

8. Therapie / Diagnose / Info

(Wichtige Infos für Labor, wie: Medikamentengabe zuvor/ derzeit, Übergewicht, Schwangerschaft, Nebenerkrankungen, etc.)

9. Angeforderte Untersuchungen: (EILIGE Untersuchungen oder **NACHBESTELLUNG** bitte eindeutig vermerken)

1. Die Identität des/der Patienten/in wurde bei der Probenabnahme überprüft.
2. Mit dieser Laboranforderung gilt die Kenntnisnahme der Inhalte des „Handbuch der Präanalytik KKJM Labore“ und des „Leistungskatalog KKJM Labore“ als vereinbart.

10. Datum **Unterschrift des Anforderers**

Probeneingang im Labor: Datum: Uhrzeit:

Angenommen von: (Lab-Mitarbeiter Name)