

Laboranforderung

- Neu ab 01.12.2020 -

Angaben zum Patienten (Bitte eintragen oder Aufkleber benutzen)

Name: _____

Vorname: _____

Geb. dat.: _____

Abnahmedatum: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Krankenkasse: _____

Zu Abrechnungszwecken bitte ankreuzen: Ambulant: Stationär:

Ambulante Patienten: Bitte Überweisungsschein mitschicken!

Anamnese:

Andere Familienfälle: _____

Infektion: a) Lokalisation: _____

 b) Häufigkeit: _____

Autoimmunphänomene: _____

Allergien: _____

Gastrointestinale Symptome: _____

Antikonvulsive Therapie: _____

Serum IgG-Spiegel vom:

IgA: mg/ml

IgG: mg/ml

IgM: mg/ml

Bei IgG-Substitution:

Letzte Gabe am:

Dosis:

Präparat:

Gewünschte Untersuchungen:

Anti-Diphtherie Antikörper

Anti-Pneumokokken Antikörper

Anti-Tetanus Antikörper

Anti-HIB Antikörper

Bitte beachten: Spezifische Antikörper: 4-6 Wochen nach Impfung

Bei Diphtherie und Tetanus: mindest. 2 Immunisierungen

Bitte kein Vollblut! Serum (0,5ml) kann ungekühlt verschickt werden!

**Einsendungen: Zentrum für Kinderheilkunde
der Universitätsklinik Bonn / Frauenklinik
Neonatolog. Labor Prof. Dr. Andreas Müller
Venusberg-Campus 1
53127 Bonn
Tel. Labor: 0228- 28715061**

Einsender: (Stempel)

Vordruck bitte kopieren!

Stand 19.11.2020