

## Laboranforderung

- Neu ab 01.12.2020 -

Angaben zum Patienten (Bitte eintragen oder Aufkleber benutzen)

Name: .....  
Vorname: .....  
Geburtsdatum: .....  
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 Immunisierung  
**Bitte kein Vollblut!** Serum (0,5ml) kann ungekühlt verschickt werden!

**Einsendungen:** Zentrum für Kinderheilkunde  
der Universitätsklinik Bonn/ Frauenklinik  
Neonatolog. Labor Prof. Dr. Andreas Müller  
Gebäude 31  
Venusberg-Campus 1  
53127 Bonn  
Tel. Labor: 0228- 28715061

**Einsender (Stempel):**