

Bitte per Fax an **07141/966-555** oder per E-Mail an nachforderung@mvz-labor-lb.de

Barcode	Auftragsnummer/Labornummer	<input type="checkbox"/> EILT
	Name, Vorname	Geburtsdatum

Basislabor			Gynäkologisches Labor		
Klinische Chemie [S]	Zeit (d)	Hämatologie [E]	Zeit (d)	Analyt [S]	Zeit (d)
<input type="checkbox"/> Alk. Phosphatase	7	<input type="checkbox"/> Blutbild, kleines	1	<input type="checkbox"/> 17-Hydroxyprogesteron	2
<input type="checkbox"/> ALT/GPT	7	<input type="checkbox"/> Blutbild, großes	1	<input type="checkbox"/> Alpha-Fetoprotein	7
<input type="checkbox"/> AST/GOT	7	<input type="checkbox"/> Hämoglobin A1c	7	<input type="checkbox"/> Androstendion	4
<input type="checkbox"/> Bilirubin	7	Hämostaseologie [C]		<input type="checkbox"/> Antikörper-Suchtest [E]	7
<input type="checkbox"/> Calcium	7	<input type="checkbox"/> aPTT	0	<input type="checkbox"/> Anti-Müller-Hormon	7
<input type="checkbox"/> Cholesterin	7	<input type="checkbox"/> Thromboplastinzeit (Quickwert)	1	<input type="checkbox"/> Beta-2-Glykoprotein-Ak	7
<input type="checkbox"/> Creatinin und GFR	7			<input type="checkbox"/> CA 125	5
<input type="checkbox"/> Creatinkinase (CK)	7			<input type="checkbox"/> CA 15-3	5
<input type="checkbox"/> Creatinkinase MB	7			<input type="checkbox"/> Calcidiol (Vitamin D)	5
<input type="checkbox"/> Eisen	7			<input type="checkbox"/> Choriongonadotropin (HCG)	3
<input type="checkbox"/> γ-GT	7			<input type="checkbox"/> CEA	7
<input type="checkbox"/> Glucose	3			<input type="checkbox"/> Cytomegalievirus-Ak	7
<input type="checkbox"/> Glucose [NaF]	3			<input type="checkbox"/> Cobalamin (Vitamin B ₁₂)	2
<input type="checkbox"/> Harnsäure	5			<input type="checkbox"/> C-reaktives Protein (CRP)	7
<input type="checkbox"/> Harnstoff	7			<input type="checkbox"/> DHEAS	2
<input type="checkbox"/> HDL-Cholesterin	7			<input type="checkbox"/> D-Dimer [C]	4
<input type="checkbox"/> Immunglobulin A	7			<input type="checkbox"/> Ferritin	7
<input type="checkbox"/> Immunglobulin G	7			<input type="checkbox"/> Folat (Folsäure)	2
<input type="checkbox"/> Immunglobulin M	7			<input type="checkbox"/> Follitropin (FSH)	7
<input type="checkbox"/> Kalium	7			<input type="checkbox"/> HBs-Antigen	5
<input type="checkbox"/> LDL-Cholesterin	7			<input type="checkbox"/> HBc-Ak	5
<input type="checkbox"/> Lipase	7			<input type="checkbox"/> HBs-Ak	6
<input type="checkbox"/> Magnesium	7			<input type="checkbox"/> HIV 1/2-Ak	7
<input type="checkbox"/> Natrium	7			<input type="checkbox"/> L. monocytogenes-Ak	7
<input type="checkbox"/> Phosphat	4			<input type="checkbox"/> Lutropin (LH)	7
<input type="checkbox"/> Protein (Eiweiß)	7			<input type="checkbox"/> Parvovirus B19-Ak, IgG	7
<input type="checkbox"/> Transferrin	7			<input type="checkbox"/> Parvovirus B19-Ak, IgM	7
<input type="checkbox"/> Triglyceride	7			<input type="checkbox"/> Progesteron	5
				<input type="checkbox"/> Prolactin	7
				<input type="checkbox"/> Rötelnvirus-Ak, IgG	7
				<input type="checkbox"/> Rötelnvirus-Ak, IgM	7
				<input type="checkbox"/> Testosteron	7
				<input type="checkbox"/> Thyreotropin (TSH)	7
				<input type="checkbox"/> Treponema pallidum-Ak	7
				<input type="checkbox"/> Toxoplasma gondii-Ak, IgG	7
				<input type="checkbox"/> Toxoplasma gondii-Ak, IgM	7
Material		Die Angaben der Nachforderungszeiten beziehen sich bei den hämostaseologischen Parametern auf eine Lagerung bei Raumtemperatur, bei allen anderen Parametern auf eine Lagerung bei 2 - 8°C			
S	Serum				
E	EDTA-Blut				
C	Citrat-Blut				
NaF	NaF-Blut				

Bitte beachten Sie bei Nachforderungen die Aufbewahrungszeit der einzelnen Parameter

Sonstige Untersuchungen:

Praxisstempel

Bitte senden Sie nach dem Faxen das Formular NICHT noch einmal in das Labor!