Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

7. Korrektur
27.11.2018

geb. am

Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status

Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Anforderungsschein

Laborgemeinschaft Dresden-West

Arztstempel

⬭ männlich
⬭ weiblich

⬭ CITO

Abrechnung erfolgt mit Einsenderpraxis

Hier bitte

Barcode einkleben !

In Kooperation mit

MVZ Labor Limbach
DRESDEN
Tel.: 0351 470 49 0

zwingend notwendige Angaben: ⬬

Sammelmenge	Körpergröße in cm	Gewicht in kg	Abnahmedatum	Abnahmezeit
			T T M M J J	h h m m

	Hämatologie			Elektrolyte			Leber + Galle			Eisen			Spontanurin	
⬭	Großes Blutbild	E	⬭	Natrium	S	⬭	GOT (ASAT)	S	⬭	Eisen	S	⬭	Kalium	U
⬭	Kleines Blutbild	E	⬭	Kalium	S	⬭	GPT (ALAT)	S	⬭	Transferrin	S	⬭	Natrium	U
⬭	Kl. BB + Retikulozyten	E	⬭	Calcium	S	⬭	GGT	S	⬭	Transf.sättigung (Berechn. aus Eisen u. Transf.)	S	⬭	Calcium	U
	Gerinnung		⬭	Chlorid	S	⬭	CHE	S				⬭	Glukose	U
⬭	Quick ohne Therapie	C	⬭	Phosphat	S	⬭	Bilirubin gesamt	S, L		**Herz**		⬭	α-Amylase	U
⬭	Quick mit Therapie	C		**Risikofaktoren**		⬭	Bilirubin direkt	S, L	⬭	CK	S	⬭	Phosphat	U
⬭	PTT	C	⬭	Cholesterin	S	⬭	Gesamteiweiß	S	⬭	CK-MB	S	⬭	Harnsäure	U
⬭	Thrombinzeit	C	⬭	LDL	S	⬭	Elpho + Ges.Eiweiß	S	⬭	LDH	S	⬭	Harnstoff	U
	Blutzucker		⬭	HDL	S	⬭	AP	S		**Eiweiße**		⬭	Creatinin	U
⬭	Gluc	NaF, S	⬭	Triglyceride	S	⬭	GLDH	S	⬭	IgA	S		**24h-Sammelurin**	
⬭	Gluco-Exact	CF	⬭	Harnsäure	S		**Pankreas**		⬭	IgG	S	⬭	Harnstoff aus 24h U.	U
⬭	oGTT	CF/NaF	⬭	Harnstoff	S	⬭	P-Amylase	S	⬭	IgM	S	⬭	Crea aus 24h U.	U
⬭	HbA1c	E	⬭	Creatinin (+ GFR)	S	⬭	Lipase	S				⬭	Crea-Clea. (+ Serum!)	U

S=Serum(weiß/braun), E=EDTA(rot), NaF=Natriumfluorid(gelb), C=Citrat(grün), CF=Citratfluorid(grau), U=Urin(gelb), L=lichtgeschützt

180520020015

RIECO Orgaform Altenburg GmbH ☎ 03447 8519-0 11/18