

Bitte beachten Sie, dass der Probeneingang bis spätestens 15:00 Uhr erfolgen muss!

Bitte Patienten-Etikett aufkleben oder in Blockschrift ausfüllen! Name: Vorname: geb. am: Geschlecht: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d	<p style="color: red; font-weight: bold;">Bitte kreuzen Sie an:</p> <p>Aufnahmeart: <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär</p> <p>Abrechnungsart: <input type="checkbox"/> Privat/Selbstzahler <input type="checkbox"/> GKV (Kasse)</p> <p>Kasse: _____</p>	Standort Gießen Medizinische Klinik V Klinik für Innere Medizin mit Schwerpunkten Infektiologie und Krankenhaushygiene Direktorin Prof. Dr. med. Susanne Herold, PhD Sektion Infektiologie Zentrum für Infektiologie (DGI) Labor für Immunphänotypisierung UKGM Standort Gießen Med. Klinik V, Altbau Klinikstr. 36, 35392 Gießen ☎ (0641) 985 - 42712 ☎ (0641) 985 - 56883 Fax (0641) 985 - 42709 Email: info.infektionslabor@uk-gm.de	
Entnahmedatum: _____ Uhrzeit: _____ Eingangsdatum: _____ Uhrzeit: _____ Aufarbeitungszeitpunkt: _____ Uhrzeit: _____ <input type="checkbox"/> BIOBANK-Einwilligung			
<input type="checkbox"/> EDTA-Blut <input type="checkbox"/> Serum <input type="checkbox"/> Heparin <input type="checkbox"/> Citrat <input type="checkbox"/> sonstiges:			
Klinische Diagnose: <input type="checkbox"/> HIV-Infektion <input type="checkbox"/> Nierentransplantation <input type="checkbox"/> sonstige:	Stempel Einsender / Befund an:		
Fragestellung: <input type="checkbox"/> CD4 / CD8 <input type="checkbox"/> CD19 / CD56/CD16 <input type="checkbox"/> CD 20 <input type="checkbox"/> CD 25 <input type="checkbox"/> sonstige:			
Lymphozyten: _____ / μ l			
	rel. %	Zellen / μ l	Kommentar:
CD 3			
CD 4			
CD 8			
CD 19			
CD 16 / 56			
CD 20			