

Auftrag Aderlass

Labor | T +41 55 418 52 21 | labor@einsiedeln.ameos.ch

Zuweiser

Name/Vorname _____ E-Mail _____
 Praxis/Klinik _____ Ort/Datum _____
 Telefon _____

Patient/Patientin

Name _____ Geburtsdatum _____
 Vorname _____ Telefon privat _____
 Strasse/Nummer _____ Mobile _____
 PLZ/Wohnort _____ Krankenkasse _____

Frequenz _____
 Menge 450 ml 300 ml _____
 Zusatzanalyse _____

Besonderes

Vom Labor auszufüllen

CTS Nr. _____

Datum	Zeit	Entnahme- nummer	Hb g/l	Hk %	BD	Puls	Ferritin µg/l	Visum

Hämatogramm III 1372.00
 CPDA-1 Einfachbeutel 0595.92
 Gefässzugang 00.0855
 Nichtärztliche Betreuung 1 Stunde

1. ADL	2. ADL	3. ADL	4. ADL	5. ADL