



Name

Vorname Ihre Pat-ID

Strasse + Nr.

PLZ Ort

geb. bei Kindern: Vorname des Vaters oder der Mutter

Woche Tag Zyklustag LP Gewicht

männlich weiblich SSW

Auftraggeber



Aeschlimann Dan
 My Sport GmbH
 Freilagerstrasse 57
 8048 Zürich
 079 / 9163730

Auftragsnummer

Rechnung an

Patient Auftraggeb. Vers.Nr.

Concordia CSS

Visana Wincare Sanitas

Helsana Intras Swica

Entnahme-Datum

Datum Zeit

nüchtern post-prandial

Notfall, Befund bis

Kopie (Name, Adresse)

an:

Tel. Datum Zeit

Fax

Fax-Nr.

Klinische Angaben

Diagn. Fragestellung:

Therapie / Medikamente:

Spezialanalyse(n):

Material

NB (Nativblut) Blutentnahme im Labor NT; Auftrags-Nr.:

S (Serum) PM

EB (EDTA-Blut)


laborintern

Sportlerblöcke


Sportlerblockgross [SPORT2] S EB *(dieses Profil beinhaltet folgende Analysen)*


Sportlerblock Klein [SPORT4] S EB *(dieses Profil beinhaltet folgende Analysen)*

Sportlerblock Vitamin [SPORT5] S *(dieses Profil beinhaltet folgende Analysen)*

| | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hämatogramm klein (ohne Tc) <input type="checkbox"/> EB | <input type="checkbox"/> Hämatogramm klein <input type="checkbox"/> EB | <input type="checkbox"/> Folsäure <input type="checkbox"/> S |
| <input type="checkbox"/> Natrium <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> CRP <input type="checkbox"/> S | <input type="checkbox"/> Vitamin B12 <input type="checkbox"/> S |
| <input type="checkbox"/> Kalium <input type="checkbox"/> S  | <input type="checkbox"/> Ferritin <input type="checkbox"/> S | |
| <input type="checkbox"/> Magnesium <input type="checkbox"/> S | | |
| <input type="checkbox"/> Harnsäure <input type="checkbox"/> S | | |
| <input type="checkbox"/> Harnstoff <input type="checkbox"/> S | | |
| <input type="checkbox"/> CK gesamt <input type="checkbox"/> S | | |
| <input type="checkbox"/> GOT (ASAT) <input type="checkbox"/> S | | |
| <input type="checkbox"/> Cholesterin <input type="checkbox"/> S | | |
| <input type="checkbox"/> HDL-Cholesterin <input type="checkbox"/> S | | |
| <input type="checkbox"/> Triglyceride <input type="checkbox"/> S | | |
| <input type="checkbox"/> CRP <input type="checkbox"/> S | | |
| <input type="checkbox"/> Ferritin <input type="checkbox"/> S | | |

Präanalytik / Legende

 Vor Probenentnahme unter www.lmz-risch.ch / Katalog nachschauen

 Sofort zentrifugieren und abtrennen