

Abteilung für Klinische Chemie und Biochemie

Steinwiesstrasse 75, 8032 Zürich

OP.U9 Tel. 044 266 77 37 Fax 044 266 81 55

Patientendaten oder Patientenetikette

Name: _____
Vorname: _____
Geschlecht: _____
Geburtsdatum: _____
Strasse: _____
PLZ/Ort: _____

Auftraggeber (Stempel):

Datum/Zeit der Probenentnahme

Monat	Jan	Feb	März	April	Mai	Juni	Juli	Aug	Sept	Okt	Nov	Dez
Tag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	20	30
Stunde	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	20	00
Minute	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	

Rechnung an: **Adresse:** _____
 Auftraggeber
 Patienten
 Andere

Ohne Angaben geht die Rechnung an den Auftraggeber

Resultat tel. melden: _____ Arzt: _____

Diagnose: _____ **Medikamente:** _____

Fragestellung:

Klinische Chemie: Routine

Tel. 044 266 77 37

Blut arteriell venös kapillär

Elektrolyte	Enzyme	Lipidstoffwechsel
<input type="checkbox"/> Natrium <input type="checkbox"/> Kalium <input type="checkbox"/> Chlorid <input type="checkbox"/> Calcium total <input type="checkbox"/> Calcium ionisiert ² <input type="checkbox"/> Magnesium <input type="checkbox"/> Phosphat <input type="checkbox"/> Ammoniak ^{1,3,4} <input type="checkbox"/> Sulfat ¹ <input type="checkbox"/> Osmolalität	<input type="checkbox"/> Alk. Phosphatase <input type="checkbox"/> AST (GOT) <input type="checkbox"/> ALT (GPT) <input type="checkbox"/> GGT <input type="checkbox"/> Pankr.-Amylase <input type="checkbox"/> Lipase <input type="checkbox"/> LDH	<input type="checkbox"/> Cholesterin <input type="checkbox"/> Nicht-HDL Chol. <input type="checkbox"/> HDL <input type="checkbox"/> Triglyceride <input type="checkbox"/> Lipid-Status
Entzündung	Bilirubin und Gallensäuren	Eisen- / Kupferstoffwechsel
<input type="checkbox"/> CRP	<input type="checkbox"/> Bilirubin, total <input type="checkbox"/> Bilirubin, direkt <input type="checkbox"/> Gallensäuren	<input type="checkbox"/> Eisen <input type="checkbox"/> Ferritin <input type="checkbox"/> Caeruloplasmin ⁵
Nierenfunktion	Diabetes und Energiestoffwechsel	Vitamine und Spurenelemente
<input type="checkbox"/> Kreatinin <input type="checkbox"/> GFR nach Schwarz Körpergrösse: _____ cm <input type="checkbox"/> Harnstoff <input type="checkbox"/> Harnsäure <input type="checkbox"/> Oxalat ¹	<input type="checkbox"/> Glucose <input type="checkbox"/> Laktat <input type="checkbox"/> Pyruvat ¹ <input type="checkbox"/> Acetoacetat ¹ <input type="checkbox"/> β-OH-Butyrat ¹ <input type="checkbox"/> Freie Fettsäuren	<input type="checkbox"/> 25-OH Vitamin D <input type="checkbox"/> Vitamin B12 <input type="checkbox"/> Methylmalonsäure <input type="checkbox"/> Homocystein ⁶ <input type="checkbox"/> Folsäure <input type="checkbox"/> Zink
Proteine	Herz und Muskel	Medikamente
<input type="checkbox"/> Protein, total <input type="checkbox"/> Albumin <input type="checkbox"/> Prot. Elektrophorese	<input type="checkbox"/> Troponin T <input type="checkbox"/> CK, total <input type="checkbox"/> CK-MB, Masse <input type="checkbox"/> NT-pro BNP	<input type="checkbox"/> Phenobarbital <input type="checkbox"/> Digoxin <input type="checkbox"/> Gentamicin (vor Gabe) <input type="checkbox"/> Gentamicin (nach Gabe) <input type="checkbox"/> Methotrexat ¹ <input type="checkbox"/> Cyclosporin (ECLIA) <input type="checkbox"/> Tacrolimus (ECLIA)

Oraler Glucose-Toleranztest (GTT)

Alle Proben zusammen mit einer Auftragskarte senden

Blutentnahme (Min.) basal 15 30 45 60 90 120 150 180 210 240

Bitte beachten! ¹ Nur nach Voranmeldung ⁴ Probe innerhalb 15 Minuten nach der Entnahme ins Labor bringen
² BGA Spritze ⁵ Nicht-akkreditierte Analyse in der Immunologie
³ Keine kapilläre Blutentnahme ⁶ Auf Eiswasser bringen

Untersuchungsmaterial

= Notfall-Bestimmung
orange = Li-Heparin (Plasma) grün = spezielle Präanalytik (sh. Analysenauskufts-System)
weiss = Kein Zusatz (Serum) rot = EDTA-Röhrchen

