



CCC_SOP Faxvorlage Labor Dermatologie

Formular

Geltungsbereich

Patientenversorgung (CCC)

Faxvorlage/Deckblatt

Bitte maximal 48 Stunden vor geplanter
Therapie per FAX an
ACHTUNG NEU: **09131 – 85 47612** senden

Patientenname

Datum der
Blutentnahme:

Datum der
geplanten Therapie:

Laborparameter

(falls Sie den Laborausdruck beilegen, verwenden Sie bitte dennoch unbedingt diese Faxvorlage)

Leukozyten:	x 10 ³ /µl
Absolute Neutrophilenzahl [ANC]):	x 10 ³ /µl
Thrombozyten:	x 10 ³ /µl
Hämoglobin:	g/dl
Serum-Kreatinin:	mg/dl
AST/GOT:	U/l
ALAT/GPT:	U/l
Bilirubin gesamt:	mg/dl
Lipase	U/l
CK (Creatin-Kinase)	U/l
TSH	mIU/l
gammaGT	U/l
Elektrolyte: Natrium Kalium Chlorid	mmol/l

CCC_SOP Faxvorlage Labor Dermatologie

Formular

Calcium	
---------	--

Bemerkungen der Dermatologie:

Ihre Bemerkungen:

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!