



CCC_SOP Faxvorlage Labor Medizinische Klinik 5

Formular

Geltungsbereich

CCC Erlangen-EMN (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 Granulozytenzahl (oder 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
Gewicht:	kg

Bemerkungen der Medizinischen Klinik 5:

Ihre Bemerkungen:

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!