

Auftrag für Konsiliaruntersuchung

Zentrallabor – ZLA / OE 8670
Leitung: Prof. Dr. med. Korbinian Brand

Zentrallabor / OE 8670
Prof. Dr. med. Korbinian Brand
Telefon: 0511 532-6613
FAX: 0511 1532-8614
brand.korbinian@mh-hannover.de

Carl-Neuberg-Straße 1
D-30625 Hannover
Telefon: 0511 532-0
www.mh-hannover.de

Patientendaten (Adresse, Name, Vorname, Geburtsdatum):

(Patientenetikett verwenden)

Name und Anschrift des Einsenders:

(Stempel)

Telefon/Durchwahl des Einsenders für Befundübermittlung: _____

Station: _____

Name der anfordernden Ärztin/des anfordernden Arztes: _____

Art des Untersuchungsmaterials:

Serum Urin Blut Plasma Sonstiges: _____

Zeitpunkt der Entnahme (Datum und Uhrzeit): _____

Was soll bestimmt werden?

Wie eilig? Bitte ankreuzen sofort innerhalb 24 h

Diagnosen/Verabreichte Medikamente/Wichtige Angaben für die konsiliarisch tätige Abteilung:

Befundmitteilung: (Angabe von Kurz- und Langbezeichnung, Ergebnis, Größenart und ggf. Referenzintervall)

vom _____, um _____ Uhr

Hinweise zu: **Analysen, Referenzintervallen etc.** finden Sie unter: www.mhh.de/zentrallabor-zla