Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname und Adresse des Versicherten

Adressen-Aufkleber oder Eindruck mit Patienten-Chipkarte

geb. am

**Rechnung an** (bitte immer angeben)

- ☐ Privatpatient (Adresse bitte immer angeben)
- ☐ Sammelrechnung (stationärer Kassenpatient)

Bitte bei ambulanten Kassenpatienten nur Überweisungsschein einsenden!

MVZ Labor Dr. Limbach
HEIDELBERG

MVZ Labor Dr. Limbach und Kollegen GbR
Im Breitspiel 16 | 69126 Heidelberg
Tel.: +49 6221 3432-300 | info@labor-limbach.de
Fax: +49 6221 3432-110 | www.labor-limbach.de

**Patienten-Daten**

- ☐ männlich
- ☐ weiblich
- ☐ schwanger

Größe (cm)

Gewicht (kg)

SSW

Zyklustag

**Auftrags-Nr.**

Einsender

**Einsendernummer**

Station

**Proben-Daten**

Material

t t m m j j Entnahmedatum

h h m m Entnahmezeit

**24h-Sammelurin**

Sammelmenge (ml)

h h Sammelzeit

**Schein-Bestell-Nr.** (bitte bei Bestellung angeben)

0036 0084 02

Stand: 05.12.2019

☐ **Eilt**

**Klinische Angaben / ICD 10 Code**

**Arzt-Unterschrift**

# Anforderungsblatt 9 - Präeklampsie-Diagnostik

**Anforderung:**

SERUM ■ Präeklampsiemarker (Präeklampsiemarker, sFlt-1, PIGF, sFlt / PIGF-Quotient)

**Wichtig: bitte die SSW im obigen Markierungsfeld angeben!**

**Klinische Angaben:**

**Rückrufnummer**

**Datum**

**Unterschrift des Arztes**

**Einsender - Stempel**

Dieser Beleg wird maschinell gelesen! Bitte mit schwarzem Stift so markieren: ■

Serum | EDTA | Citrat | Heparin | Urin | EILT | EILT | EILT



Name: | Name: | Name: | Name: | Name: