

Patientenetikette

Auftrag Aderlass

Senden an: F +41 55 418 52 28 | Direktwahl: T +41 55 418 52 21

Ort/Datum _____ Arzt _____

Frequenz _____

Menge 450 ml 300 ml _____

Zusatzanalysen _____

Vom Labor auszufüllen

CTS Nr. _____

Datum	Zeit	Entnahme- nummer	Hb g/L	Hk %	BD	Puls	Ferritin µg/L	Visum

Hämatogramm III 1372.00
 CPDA-1 Einfachbeutel 0595.92
 Gefässzugang 00.0855
 Nichtärztliche Betreuung 1 Stunde 35.0510

1. ADL	2. ADL	3. ADL	4. ADL	5. ADL