

Labor der Kinderklinik

Bereich

Gastroenterologie Tel. +43 50 504-812 37
Stoffwechselstörungen Tel. +43 50 504-820 89
Rohrpost 0045



Gastroenterologische Untersuchungen

Anforderung für externe Zuweiser:innen

← Patient:innen-Etikett hier	▲ positionieren!
	m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>
Name	Geschlecht
Vorname	Geburtsdatum
Straße / Nr.	
PLZ / Ort	
Allg. Geb.-Kl. <input type="checkbox"/>	Sonder Geb.-Kl. <input type="checkbox"/> Selbstzahler:in <input type="checkbox"/>

Anforderungsdatum: _____

Zeit der Probengewinnung: _____

Telefon (für Rückfragen): _____

Gewicht _____ kg Länge _____ cm

Ernährung: _____

Medikamente: _____

Zuweiser:innen

Unterschrift: _____

Diagnose _____

Stuhl

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Stuhlwasser pH | <input type="checkbox"/> Stärke | <input type="checkbox"/> Blut* | <input type="checkbox"/> Alpha-1 -Antitrypsin |
| <input type="checkbox"/> Osmolalität | <input type="checkbox"/> Trypsin | <input type="checkbox"/> Apt-Test | <input type="checkbox"/> Rotaviren |
| <input type="checkbox"/> Natrium | <input type="checkbox"/> Chymotrypsin | <input type="checkbox"/> Neutralfett | <input type="checkbox"/> Adenoviren |
| <input type="checkbox"/> Kalium | <input type="checkbox"/> Elastase 1* | <input type="checkbox"/> Freie Fettsäuren | <input type="checkbox"/> Wurmeier |
| <input type="checkbox"/> Chlorid* | <input type="checkbox"/> Calprotectin* | <input type="checkbox"/> Steatokrit | <input type="checkbox"/> Helicobacter-Ag |
| <input type="checkbox"/> Red. Substanzen | | | |

* Parameter sind nach EN ISO 15189:2022 akkreditiert

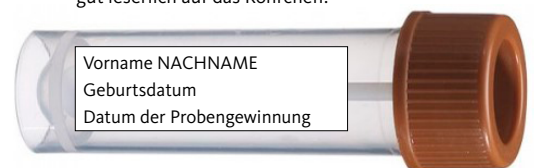
Serum

- Pseudomonas aeruginosa IgG

Präanalytische Hinweise

- Auf dem Probenröhrchen muss Vor- und Nachname, Geburtsdatum und das Datum der Probengewinnung stehen.
- Stuhlrohrchen nicht überfüllen (nicht mehr als 2/3 des Stuhlgefäßes). Nicht zu wenig Stuhlprobe abgeben. Richtwert pro Analyse 1 g Stuhl = erbsengroßes Stück.
- Stuhlprobe schnellstmöglich (am selben Tag) dem Labor der Kinderklinik übermitteln.

Bitte schreiben Sie Untenstehendes gut leserlich auf das Röhrchen!



Zeitpunkt Probeneingang (vom Labor auszufüllen): _____