

# Materialanforderung

Entnahmesystem **Sarstedt**
















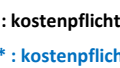
Einsender bzw. Praxisstempel

Anforderungsdatum:

Bitte NUR dem Kurierfahrer mitgeben!

**Liebes Praxis-Team, bitte denken Sie an Ihren Praxisstempel, sonst können wir eine Zustellung nicht garantieren. Danke!**  
(Die durchschnittliche **Lieferzeit beträgt 2 - 3 Tage.**)



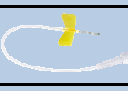

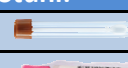
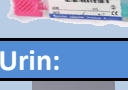




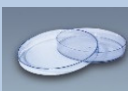

Rückfragen bitte zwischen 8-12 Uhr und 13-15 Uhr  
unter **0431 - 220 10 -815**

Blutentnahme:		Anzahl Packungen:	
	Serumröhrchen	1,1 ml _____ 4,9 ml _____ 7,5 ml _____	
		EDTA-Röhrchen	1,2 ml _____ 2,7 ml _____ 4,9 ml _____
		(nur Dialyse)	4,0 ml _____
(nur AK u. Blutgruppenbestimmung)		9,0 ml _____	
		Fluorid-Röhrchen	1,2 ml _____ 2,7 ml _____
	Citrat-Röhrchen	1,4 ml _____ 3,0 ml _____	
	Serum neutral	7,5 ml _____	
	Lithium-Heparin	7,5 ml _____	
	Homocystein	2,9 ml _____	
	NH4-Heparin	9,0 ml _____	
	GlucoseEXACT	3,1 ml _____	
	EDTA-Microvette	_____	
	Serum-Microvette (für Bilirubin)	_____	
	HbA1c-Gefäß f. kapillare Entnahme	_____	
	Quantiferontest	_____	
	<b>BSG-Monovette klein **</b>	2,0 ml _____	
	Untersuchung in der Praxis	<input type="radio"/>	
	Untersuchung im Labor Dr. Krause	<input type="radio"/>	
	<b>BSG-Sedivette groß **</b>	3,5 ml _____	
Untersuchung in der Praxis	<input type="radio"/>		
Untersuchung im Labor Dr. Krause	<input type="radio"/>		
	<b>BSG-Pipette mit Skalierung *</b>	_____	
	Röhrchen Serumabfüllung	4 ml _____	
	Röhrchen Serumabfüllung	13 ml _____	
	Röhre für Sputum	30 ml _____	
	Multiadapter	_____	
	Membrane-Adapter	_____	
Verschlusskappen:			
	CITO-Hütchen	pink _____	
	Verschlusskonus	rot _____	












\* : kostenpflichtiger Artikel.



















\*\* : kostenpflichtiger Artikel bei Untersuchung in der Praxis.

○ : Bitte gewünschte Ausführung ankreuzen.

Kanülen:		Anzahl Packungen:	
	S-Monovette-Kanüle	gelb _____ schwarz _____ grün _____	
		Safety-Kanüle	gelb _____ schwarz _____ grün _____
			Multifly
Safety-Multifly			grün _____ blau _____
	Kanülenabwurfbehälter *	2,1 Liter _____	
		10 Liter _____	
Stuhl:			
	Stuhlröhrchen	_____	
	Probennahmesystem Darmkrebsscreening (iFOBT) (!Achtung: nur kurze Haltbarkeiten!)	_____	
Urin:			
	Uricult	Stück _____	
		Pck à 10 Stk. _____	
	Sammelurinkanister 3 Ltr.	ohne Eisessig _____	
		mit Eisessig _____	
	Urinmonovette	gelb _____	
	Urinbecher 100 ml **	Pck à 5 Stk. _____	
		Untersuchung in der Praxis	<input type="radio"/>
		Untersuchung im Labor Dr. Krause	<input type="radio"/>
Nährmedien:		Anzahl Packungen:	
	Nährböden	Blutagar _____	
		Pilzagar (Hefe) _____	
		Pilzagar (Dermatophyten) _____	
	Bactec-Flaschen	_____	
		<input type="radio"/> Peds Plus (Kind) <input type="radio"/> aerob <input type="radio"/> anerob	

Bitte wenden! →

Abstrichtupfer:	Anzahl Packungen:
 <b>Blaue Kappe, dick</b> , mit Medium <span style="color: red;">nur Kultur</span> (z.B. Rachen-, Wundabstriche)	Pck à 10 Stk. _____
<b>Orange Kappe, dünn</b> , mit Medium <span style="color: red;">nur Kultur</span> (z.B. Nasen-, Ohrenabstriche auf path. Keime)	Pck à 10 Stk. _____
<b>Orange Kappe, dünn, ohne</b> Medium <span style="color: red;">nur PCR</span> (z.B. Pertussis, GO, Mykoplasmen, RSV-, Influenza-, HSV-PCR)	_____
Abstrichtupfer Laktose-Intoleranz	_____
<b>Gynäkologie</b>	
<b>Pinke Kappe, dick</b> , helles Flüssigmedium <span style="color: red;">PCR und Kultur</span> (z.B. Vaginal-, Vulva-Abstriche)	_____
<b>Urologie</b>	
<b>Orange Kappe, dünn</b> , helles Flüssigmedium <span style="color: red;">PCR und Kultur</span> (z.B. Harnröhrenabstrich (Urogenital))	_____
Versand/Probentransport:	
 Druckverschlussbeutel groß (DIN A4)	<input type="radio"/>
 Druckverschlussbeutel klein (DIN A5)	<input type="radio"/>
 Druckverschlussbeutel <b>CITO</b>	<input type="radio"/>
 Druckverschlussbeutel Mikrobiologie	<input type="radio"/>
 Kühlbehälter + Styroporbox	<input type="radio"/>
 Objektträger-Versandgefäß	<input type="radio"/>
 Objektträger	<input type="radio"/>
 Schutzröhrchen f. d. Postversand (weiß)	<input type="radio"/>
 Schutzröhrchen f. d. Postversand ( <b>braun</b> )	<input type="radio"/>
 Umschlag Versand med. Proben	<input type="radio"/>

Belege:	Anzahl Packungen:
 BFB-Sicherheitspapier (Blanko KV-Papier)	_____
 Überweisung (Muster 10)	A5 _____
 A4 unten Blanco	_____
 A4 mit Labor allgemein	_____
 A4 mit Mikrobiologie	_____
 A4 mit Immunhämatologie	_____
 A4 mit RAST-Anforderungen (Phadia)	_____
 IGeL-Anforderungen	_____
 Anforderungsbeleg Laborgemeinschaft ( <b>gelb</b> )	_____
 Nachforderungsfax Laboruntersuchungen	_____
 Einverständniserklärung für Humangen.-Untersuchungen	_____
 Materialanforderungsschein	_____
 Laborbuch (Praxis)	_____
 Analysenverzeichnis	_____
Etiketten und Aufkleber:	
 Barcode - Etiketten	_____
 Blanko - Etiketten (für Onlineanforderer)	_____
 <b>CITO + FAX</b> <b>CITO+Fax</b> - Aufkleber	_____
 Namensetiketten	_____

Sonstiges:

---



---



---



---

\* : kostenpflichtiger Artikel.

\*\* : kostenpflichtiger Artikel bei Untersuchung in der Praxis.

○ : Bitte gewünschte Ausführung ankreuzen.

Wird vom Labor ausgefüllt.	
Eingangsstempel:	Ausgabedatum:
	Kürzel: