




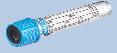











Bitte **keine** Faxe - NUR dem Kurierfahrer mitgeben!

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**

Einsender bzw. Praxisstempel

Anforderungsdatum:

Blutentnahme:		Anzahl Packungen:
	Serumröhrchen rot	8,0 ml _____
	EDTA-Röhrchen lila	4,0 ml _____
	(nur AK u. Blutgruppenbestimmung)	9,0 ml _____
	Fluorid-Röhrchen grau	2,0 ml _____
	Citrat-Röhrchen blau	3,5 ml _____
	Lithium-Heparin grün	9,0 ml _____
	Homocystein weiß	2,9 ml _____
	MixTube rosa	2,0 ml _____
	HbA1c-Gefäß f. kapillare Entnahme Quantiferontest	_____
	Vacurette BSG-Monovette schwarz** Pck á 50 Stk	2,9ml _____
	Untersuchung in der Praxis* (7,80 €)	_____
	Untersuchung im Labor Dr. Krause	_____
	Röhrchen Serumabfüllung	5 ml _____
	Röhrchen Serumabfüllung	13 ml _____
	Röhre für Sputum	30 ml _____
	Sicherheitsröhrchenhalter	Pck á 50 Stk. _____
	Standardröhrchenhalter	Pck á 10 Stk. _____
Verschlusskappen:		
	CITO-Ring	pink _____
	Verschlusskonus	rot _____




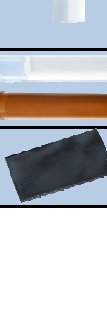







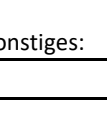


Kanülen:		Anzahl Packungen:
	Mehrfachentnahmekanüle	schwarz _____ grün _____
	Eclipse-Sicherheitskanülen	grün _____
	Sicherheitsbutterfly + Luer-Adapter	blau _____ grün _____
	Kanülenabwurfbehälter*	2,1 Liter (1,08€) _____ 10 Liter (4,46€) _____
Stuhl:		
	Stuhlröhrchen	_____
	Probennahmesystem Darmkrebsscreening (iFOBT) (!Achtung: nur kurze Haltbarkeiten!)	_____
Urin:		
	Uricult	Stück _____ Pck á 10 Stk. _____
	Sammelurinkanister 3 Ltr.	ohne Eisessig _____ mit Eisessig _____
	Urinmonovette	gelb _____
	Urinbecher 100 ml**	Pck á 5 Stk. _____
	Untersuchung in der Praxis* (1,03 €)	_____
	Untersuchung im Labor Dr. Krause	_____
Nährmedien:		
	Nährböden	Blutagar _____ Pilzagar (Hefe) _____ Pilzagar (Dermatophyten) _____
	Bactec-Flaschen	_____
	<input type="radio"/> Peds Plus (Kind) <input type="radio"/> aerob <input type="radio"/> anerob	

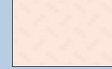












* : kostenpflichtiger Artikel (Preise netto, zzgl. ges. MwSt.)

** : kostenpflichtiger Artikel bei Untersuchung in der Praxis (Preise netto, zzgl. ges. MwSt.)

: Bitte gewünschte Ausführung ankreuzen.

Bitte wenden! 

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

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

Ware erhalten

Datum + Praxisstempel

Sonstiges:

* : kostenpflichtiger Artikel (Preise netto, zzgl. ges. MwSt.)
 ** : kostenpflichtiger Artikel bei Untersuchung in der Praxis (Preise netto, zzgl. ges. MwSt.)
 O : Bitte gewünschte Ausführung ankreuzen.

Wird vom Labor ausgefüllt.

Eingangsstempel: _____ Ausgabedatum: _____

Kürzel: _____