

Serologische Untersuchungen bei Mutter-Kind-Pass

Erstellt: Pircher E.

Freigabe: 22.2.2016 QM B.Ladner

Ausgabezustand: 4.2

Seite 1 von 1

geprüft: 25.1.2016 OA Dr. Kilga-Nogler, S.

Serologie-Nr.

Kostenstelle oder Einsender

Grau hinterlegte Felder sind vom Einsender auszufüllen

Name _____ Mädchenname _____ Vorname _____ geb.am: _____ PLZ/Ort _____ Straße/Nr. _____ Sozialversicherungsnummer _____ <i>Bei Tirol-Klinik_Häusern bitte Patientenetikett</i>	Schwangerschaftszahl: _____	Rhesus-Prophylaxe erhalten? <input type="checkbox"/> ja wann: _____ <input type="checkbox"/> nein
	Schwangerschaftswoche: _____	Die Blutentnahme erfolgte nach Identitätsprüfung von: _____
	Entbindungstermin: _____	Name in Blockbuchstaben: _____ Unterschrift: _____ Datum der Blutentnahme: _____

<input type="checkbox"/> Blutgruppe	Serumgegenprobe				Datum:				Datum:				
	A1	A2	B	0	Unterschrift BMA				Unterschrift Arzt				
<input type="checkbox"/> Rhesus	D	CDE	Leerk	C	C ^w	c	E	e	K	k	D ^{var}	D ^{VI}	DCT
<input type="checkbox"/> Antikörpersuchtest	AHG 37°C												
	I												
	II												
	III												

<input type="checkbox"/> Toxoplasmose (ELFA): IgG IgM	<input type="checkbox"/> Röteln (ELFA): IgG IgM	<input type="checkbox"/> HIV Ag/Ak <input type="checkbox"/> HBsAg <input type="checkbox"/> Lues
---	---	---

<input type="checkbox"/> Kindsvater	Serumgegenprobe				AHG 37°C			Datum:		Datum:	
	A1	A2	B	0	I	II	III	Unterschrift BMA		Unterschrift Arzt	
	Blutgruppe/Rhesus/Antigennachweise										

Telefonat mit: _____
 Datum: _____ Uhrzeit: _____
 Unterschrift: _____

Bemerkungen: