

URIN ALLGEMEIN		SUCHTMITTEL SERUM		ENDOKRINOLOGIE NOTFALL	
8.5 ml		7.5 ml		je 7.5 ml	
1 USMS <input type="checkbox"/> Suchtmittelscreening qual. 2 UALC <input type="checkbox"/> Alkohol 3 UAMP <input type="checkbox"/> Amphetamine 4 UBAR <input type="checkbox"/> Barbiturate 5 UBEN <input type="checkbox"/> Benzodiazepine 6 UBUP <input type="checkbox"/> Buprenorphin 7 UCAN <input type="checkbox"/> Cannabis 8 UCOC <input type="checkbox"/> Cocain (Metabolite) 9 UMEA <input type="checkbox"/> Methadon + EDDP 10 UMEQ <input type="checkbox"/> Methaqualon 11 UOPI <input type="checkbox"/> Opiate + 6AM 12 UTRC <input type="checkbox"/> Trizykl. Antidepressiva 13 14 15 16 17 UAMA <input type="checkbox"/> α-Amanitin (8.00-16.00 Uhr) 18 UCN <input type="checkbox"/> Cyanid 19 UETG <input type="checkbox"/> Ethylglucuronid 20	SMS <input type="checkbox"/> Suchtmittelscreening qual. ACE <input type="checkbox"/> Acetaminophen (Paracetamol) AMP <input type="checkbox"/> Amphetamine BAR <input type="checkbox"/> Barbiturate BEN <input type="checkbox"/> Benzodiazepine CAN <input type="checkbox"/> Cannabis COC <input type="checkbox"/> Cocain + Metabolit LSD <input type="checkbox"/> LSD MEA <input type="checkbox"/> Methadon SMEQ <input type="checkbox"/> Methaqualon OPI <input type="checkbox"/> Opiate + 6AM SAL <input type="checkbox"/> Salicylate TRC <input type="checkbox"/> Trizykl. Antidepressiva ETG <input type="checkbox"/> Ethylglucuronid CAZN <input type="checkbox"/> Carbamazepin DIGON <input type="checkbox"/> Digoxin LI <input type="checkbox"/> Lithium PHENF <input type="checkbox"/> Phenobarbital DPHN <input type="checkbox"/> Phenytoin THEON <input type="checkbox"/> Theophyllin VALN <input type="checkbox"/> Valproinsäure AMICAN <input type="checkbox"/> Amikacin (Amikin) ³ GENTN <input type="checkbox"/> Gentamycin (Garamycin) ³ TOBRN <input type="checkbox"/> Tobramycin (Obracin) ³ VANCN <input type="checkbox"/> Vancomycin (Vancocin) nur Fusspunktentnahme notw.	SYNKN <input type="checkbox"/> Synacthen-Kurztest (0.25 mg i.v.) Cortisol basal, 30 Min. und 60 Min. Alle 3 Röhrchen mit einem Auftragszettel schicken! CORTN <input type="checkbox"/> Cortisol			
URIN QUANTITATIV					
23 UART <input type="checkbox"/> Urinart: <input type="text"/> 24 25 USP <input type="checkbox"/> Sammelperiode von: <input type="text"/> bis: <input type="text"/> 26 27 USD <input type="checkbox"/> Sammeldauer: <input type="text"/> Std. 28 UVOL <input type="checkbox"/> Urinvolumen: <input type="text"/> ml 29 UCA <input type="checkbox"/> U-Calcium 30 UCL <input type="checkbox"/> U-Chlorid 31 FHBU <input type="checkbox"/> U-freies Hämoglobin 32 UA <input type="checkbox"/> U-Harnsäure 33 BUN <input type="checkbox"/> U-Harnstoff 34 UK <input type="checkbox"/> U-Kalium 35 CREA <input type="checkbox"/> U-Kreatinin 36 UMG <input type="checkbox"/> U-Magnesium 37 UMYO <input type="checkbox"/> U-Myoglobin 38 UNA <input type="checkbox"/> U-Natrium (nur Spontanurin) 39 UOS <input type="checkbox"/> U-Osmolalität 40 UPAMY <input type="checkbox"/> U-Pankreas-Amylase 41 PHOS <input type="checkbox"/> U-Phosphat 42 43 UTP <input type="checkbox"/> U-Totalprot./Kreatinin 44 45 UCI <input type="checkbox"/> U-Citrat ¹ 46 UOX <input type="checkbox"/> U-Oxalat ² 47 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content;"> Labor intern ¹Urin filtrieren ²Urin bei Raumtemperatur aufbewahren </div> 48 49 50 51 52					
FARB-CODE		OBLIGATORISCHE VERSAND-BEDINGUNGEN			
<input type="checkbox"/> Serum-Gel <input type="checkbox"/> Kalium-EDTA <input type="checkbox"/> ohne Zusatz <input type="checkbox"/> Fluorid <input type="checkbox"/> Lithium-Heparin <input type="checkbox"/> ohne Zusatz		<ul style="list-style-type: none"> ● Formular den perforierten Linien entlang auf 1/3 falten! ● Pro Formular 1 verschlossene Versandtasche! 			

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
61
62
63