

Labor der Kinderklinik, Bereich
Gastroenterologie Tel. +43 50 504-812 37
Hämostaseologie Tel. +43 50 504-809 95

Stoffwechselstörungen
Tel. +43 50 504-820 89
Fax +43 50 504-258 86 Rohrpost 0045

Department Kinder-
und Jugendheilkunde
6020 Innsbruck · Anichstraße 35



Gastroenterologische Untersuchungen

Anforderung für externe ZuweiserInnen

← Patientenetikette hier ▲ positionieren!

m w

Name Geschlecht

Vorname Geburtsdatum

Straße / Nr.

PLZ / Ort

Allg. Geb.-Kl. Sonder Geb.-Kl. Selbstzahler

Klin. Hinweis
bzw. Diagnose

Anforderungsdatum: _____

Zeit der Probengewinnung: _____

Telefon (für Rückfragen): _____

Gewicht _____ kg Länge _____ cm

Ernährung: _____

Medikamente: _____

ZuweiserInnen

Unterschrift: _____

Diagnose _____

Stuhl

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

Serum

- Pseudomonas aeruginosa IgG CF
mit CF

Schweißtest

Telefonische Anmeldung notwendig!

Präanalytische Hinweise

- Bitte auf eine ausreichende Stuhlmenge achten!
- Bitte auf eindeutige Probenkennzeichnung achten!
- Eine Probe sollte nicht älter als zwei Tage sein - inkl. Transport!

Zeitpunkt Probeneingang (vom Labor auszufüllen): _____