



**Institut für Klinische Chemie des Universitätsklinikums Köln
Formblatt für Anforderung einer intraoperativen PTH-Bestimmung
FB-ZL-029/D**

Datum: 06.06.2023

Seite 1 von 2

Anforderung einer intraoperativen PTH-Bestimmungen

Proben bitte einen Tag vor geplanter OP mittels dieses Formulars anmelden unter FAX:
0221/4785287

Um eine schnelle intraoperative PTH-Messung sowie unmittelbare Ergebnisübermittlung zu gewährleisten, muss das folgende Formular vollständig ausgefüllt sein. Eine telefonische Übermittlung ist nur an die hier im Formular enthaltenen/zu ergänzenden Nummern möglich.

(Bei Anforderung von externen Einsendern bitte die zweite Seite beachten!)

Datum der Anmeldung			
Krankenhaus	[] UKK		
Station		Tel.: / Fax:	
Prof. Chiapponi UK-Köln	Prof. Chiapponi KH Weyertal	Sekretariat Fr. Gottschalk	
Tel: 0221-478-4803 Mobil: *1210 Funk. #8705	0221-479-5112	0221-479-5100	
Telefon-Nr. im OP			
Patient: Name, Vorname Geburtsdatum			
OP-Tag, geplante Uhrzeit			
Geplante Anzahl Proben			
Anfordernder Arzt			

Nur vom Laborpersonal auszufüllen:

informiert wurden:

am Arbeitsplatz:

am Verteiler:

Assistent vom Dienst:

Ifd. Nummer	Auftragsnummer	Beschreibung	🕒 Eingang
①			
🕒 Ergebnis	durchgegeben von	durchgegeben an	Wert [ng/L]
Ifd. Nummer	Auftragsnummer	Beschreibung	🕒 Eingang
②			
🕒 Ergebnis	durchgegeben von	durchgegeben an	Wert [ng/L]
Ifd. Nummer	Auftragsnummer	Beschreibung	🕒 Eingang
③			
🕒 Ergebnis	durchgegeben von	durchgegeben an	Wert [ng/L]



Institut für Klinische Chemie des Universitätsklinikums Köln
Formblatt für Anforderung einer intraoperativen PTH-Bestimmung
FB-ZL-029/D

Datum: 06.06.2023

Seite 2 von 2

Bei externen Anforderungen:

Proben bitte einen Tag vor geplanter OP anmelden unter FAX: 0221/4785287

Der Versand erfolgt an: Institut für Klinische Chemie
Universitätsklinikum Köln
LFI-Gebäude Ebene 3
Kerpenerstr. 62
50924 Köln
Tel.: 0221/478-4459
Fax: 0221/478-5287

Zum Befundversand bitte um Adressstempel:

--

Probe Nr. (ggf. mit Auftragsnummer)

Entnahmezeit:

Probe Nr. (ggf. mit Auftragsnummer)	Entnahmezeit:

Telefon-Nr. OP
(zur direkten Befunddurchgabe)

(Name des anfordernden Arztes)

Unterschrift des anfordernden Arztes