



KLIENTENBLATT 3

Bitte senden Sie nur das vollständig ausgefüllte Formular an die Faxnummer: **0041 (0) 62 775 02 97**

Bei Verwendung eigener Laborformulare darf ebenfalls keiner der unten aufgeführten Werte fehlen!

Name des Klienten:					
g) Blutwerte (Bitte Blutwertereinheit markieren bzw. ergänzen)					
Blutwerte:	Ergebnis:	Einheit:	Blutwerte:	Ergebnis:	Einheit:
Erythrozyten		Mio/ μ l	Cholesterin		mg/dl mmol/l
Hämoglobin		g/dl mmol/l	HDL Cholesterin		mg/dl mmol/l
Hämatokrit		% L/L	LDL Cholesterin		mg/dl mmol/l
Leukozyten		Tsd/ μ l	CK gesamt		U/l 37 °C U/l 25 °C μ mol/si ykat/l
Monozyten		%	Eisen		μ g/dl μ mol/l
Lymphozyten		%	gamma-GT		U/l 37 °C U/l 25 °C μ mol/si ykat/l
Neutrophile		%	GOT		U/l 37 °C ykat/l %
Eosinophile		%	GPT		U/l 37 °C ykat/l %
MCH (HBE)		pg amol	Gesamt Eiweiß		g/dl g/l
MCV		fl	Harnstoff		mg/dl mmol/l
Thrombozyten		Tsd/ μ l	Harnsäure		mg/dl μ mol/l
Amylase		U/l 37 °C μ mol/si	Kalium		mmol/l
Alk. Phosphatase		U/l 37 °C U/l 25 °C μ mol/si	Kreatinin		mg/dl μ mol/l
Calcium		mmol/l kA	LDH		U/l 37 °C μ mol/si
Bilirubin		mg/dl ymol/l	Lipase		U/l 37 °C U/l 25 °C μ mol/si
Glucose		mg/dl mmol/l	Natrium		mg/dl mmol/l
			Triglyceride		mg/dl mmol/l
CRP*		positiv negativ mg/l	TSH*		μ IU/ml mg/dl

Vor Blutentnahme bitte 12 Stunden nichts essen und trinken (außer reinem Wasser)!

* Wird dem Patienten vom Labor gesondert in Rechnung gestellt.