

**Bitte beachten Sie, dass der Probeneingang bis spätestens 15:00 Uhr erfolgen muss!**

Bitte Patienten-Etikett aufkleben oder in Blockschrift ausfüllen!  Name:  Vorname:  geb. am:   Geschlecht: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d	<p><b>Bitte kreuzen Sie an:</b></p> <p><b>Aufnahmeart:</b>  <input type="checkbox"/> ambulant  <input type="checkbox"/> stationär</p> <p><b>Abrechnungsart:</b>  <input type="checkbox"/> Privat/Selbstzahler  <input type="checkbox"/> GKV (Kasse)</p> <p><b>Kasse:</b>                  _____</p>	Standort Gießen  <b>Medizinische Klinik V</b> Klinik für Innere Medizin mit Schwerpunkten Infektiologie und Krankenhaushygiene  <b>Direktorin</b> Prof. Dr. med. Susanne Herold, PhD  <b>Sektion Infektiologie</b> Zentrum für Infektiologie (DGI)  <b>Labor für Immunphänotypisierung</b> UKGM Standort Gießen Med. Klinik V, Altbau Klinikstr. 36, 35392 Gießen ☎ (0641) 985 - 42712 ☎ (0641) 985 - 56883 Fax (0641) 985 - 42709 Email: <a href="mailto:info.infektionslabor@uk-gm.de">info.infektionslabor@uk-gm.de</a>
--	---	---

Entnahmedatum: _____ Uhrzeit: _____ Eingangsdatum: _____ Uhrzeit: _____ Aufarbeitungszeitpunkt: _____ Uhrzeit: _____ <input type="checkbox"/> <b>BIOBANK-Einwilligung</b>	<input type="checkbox"/> <b>Patient/-in hat abgelehnt</b>
--	---

EDTA-Blut   
  Serum   
  Heparin   
  Citrat   
  sonstiges:

<b>Klinische Diagnose:</b> <input type="checkbox"/> HIV-Infektion <input type="checkbox"/> Nierentransplantation <input type="checkbox"/> sonstige:	<b>Stempel Einsender / Befund an:</b>
---	---------------------------------------

**Fragestellung:**  
 CD4 / CD8                     
  CD19 / CD56/CD16                     
  CD 20                     
  CD 25  
 sonstige:

**Lymphozyten:** \_\_\_\_\_ / $\mu$ l

	rel. %	Zellen / $\mu$ l	Kommentar:
CD 3			
CD 4			
CD 8			
CD 19			
CD 16 / 56			
CD 20			