Zuweisung Osmolalität im Serum/Harn

**außerhalb der Routinelaborzeiten**

(Innerhalb der Routinezeiten kann diese Analyse über den H-Schein im ORBIS angefordert werden)

**Patient:**

|  |
| --- |
| **Nachname / Vorname Geb. dat.** |
| **Eingesandtes Material:** o Serum o Spontanharn |
| **Zuweisungsdiagnose:** o Vegiftungsverdacht mit Methanol oder Ethylenglycolo Hyponatriämie < 125 mmol/Lo Entsprechende Klinische Symptomatik**Analyse außerhalb der Routinezeiten nur bei diesen Indikationen zulässig !** |
| **Rohrpost-Nr.: 23011** |

|  |
| --- |
| **Zuweisender Arzt / Ärztin:****Dect-Nummer:** |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum Unterschrift des Arztes