

Informationsbogen für den Blutprobenabholdienst

Dieser Service ist ein sehr aufwändiges Vorhaben. Für die reibungslose Abwicklung kann keine 100%ige Gewähr übernommen werden.
Wir danken für Ihr Verständnis!

Abholservice für Blutproben

Fahrdienstleiter Herr Christian Klett, Tel.: 0761-319 053 00, Mo.- Fr. 7.30 – 19.00 Uhr
Sa. 8.30 - 14.00 Uhr

Stellvertreterin Frau Streit (MVZ Clotten, Freiburg) Fax: 0761-319 051 58

Sehr geehrte Patientin!

- Bitte melden Sie sich spätestens **am Tag vor der Blutentnahme** direkt telefonisch oder per Fax beim Fahrdienstleiter Hr. Klett an und teilen ihm genau mit, bei welcher Arztpraxis (**Name des Arztes und Adresse**) und **an welchem Tag** Ihre Blutprobe abzuholen ist.
- Die Blutentnahme sollte bis spätestens **9:00 Uhr** bei Ihrem Frauenarzt oder Hausarzt erfolgen.
- Wir rufen Sie **ab 17.00 Uhr** an, sobald die Hormonwerte bestimmt und befundet worden sind. Sollten Sie bis **17:30 Uhr** keinen Anruf bekommen, melden Sie sich bitte unter **0761-207430** im CERF.
- Die Kosten pro Abholservice betragen **10,00 €** und beinhalten die Organisation und die Fahrtkosten (inkl. MwSt). Sie erhalten dafür eine Rechnung von KryoLife, CERF Freiburg.

Ich bin über die entstehenden Kosten informiert worden und damit einverstanden.

Datum: _____

Unterschrift Patientin

Sollten Sie in diesem Quartal noch nicht bei uns gewesen sein, schicken Sie uns bitte eine Überweisung von Ihrem Frauenarzt mit (gerne zusammen mit dem Blut).

Bitte von der Patientin vollständig auszufüllen:

Name: _____	Vorname: _____	Geb. Datum: _____
Wichtig: Bitte das Blutentnahmeröhrchen beschriften !!		
Datum der letzten Periode: _____	Zyklustag: _____	
Datum Blutentnahme: _____	Medikamente: <input type="radio"/> Clomifen <input type="radio"/> Puregon, Gonal _____ Einh. <input type="radio"/> Menogon	Geplante Therapie: Eisprung feststellen Insemination Kryotransfer

Laborauftrag (vom CERF auszufüllen)

Datum Probeneingang: (bitte freilassen)	Labor-Nr.: (bitte freilassen)
<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> L0 <input type="checkbox"/> ØR <input type="checkbox"/> LX <input type="checkbox"/> Abrechnung über Ehepartner	

GEWÜNSCHTE UNTERSUCHUNGEN

LH Östradiol Progesteron FSH hCG Sonstiges