

Blutuntersuchung

Name des/der Untersuchten	Geburtsdatum
---------------------------	--------------

Datum der Blutabnahme: _____

1. Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit _____ mm nach Westergren**2. Blutbild:**

Erythrozyten	_____ Mio/ μ l	Hämoglobin	_____ g%
Leucozyten	_____ / μ l	Hämatokrit	_____ Vol. %
Thrombozyten	_____ / μ l	MCV	_____ μ m ³

3. HIV-Antikörpertest 1 und 2:

Ergebnis: _____

4. Blutchemie

Ergebnis:

Normalwert des Labors:

Bilirubin	_____ mg%	_____ mg%
Blutzucker (nüchtern)	_____ mg%	_____ mg%
Kreatinin	_____ mg%	_____ mg%
Gesamtcholesterin	_____ mg%	_____ mg%
HDL-Cholesterin	_____ mg%	_____ mg%
LDL-Cholesterin	_____ mg%	_____ mg%
Triglyceride	_____ mg%	_____ mg%
Harnsäure	_____ mg%	_____ mg%
Gamma-GT	_____ U/l	_____ U/l
GOT	_____ U/l	_____ U/l
GPT	_____ U/l	_____ U/l
CHE	_____ U/l	_____ U/l
Quick-Wert	_____ %	_____ %

Ort und Datum

Unterschrift des Arztes/der Ärztin

Die Kosten der Untersuchung trägt der/die Untersuchte.