

# Blutuntersuchung

Name des/der Untersuchten

Vorname Nachname

Geburtsdatum

Datum der Blutabnahme:

## 1. Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit

mm nach Westergren

## 2. Blutbild:

Erythrozyten

Mio/ $\mu$ l

Hämoglobin

g %

Leucozyten

/ $\mu$ l

Hämatokrit

Vol. %

Thrombozyten

/ $\mu$ l

MCV

$\mu$ m<sup>3</sup>

## 3. HIV-Antikörpertest 1 und 2:

## 4. Blutchemie

	Ergebnis:	Normalwert des Labors:
Bilirubin	<input type="text"/> mg %	<input type="text"/> mg %
Blutzucker (nüchtern)	<input type="text"/> mg %	<input type="text"/> mg %
Kreatinin	<input type="text"/> mg %	<input type="text"/> mg %
Gesamtcholesterin	<input type="text"/> mg %	<input type="text"/> mg %
HDL-Cholesterin	<input type="text"/> mg %	<input type="text"/> mg %
LDL-Cholesterin	<input type="text"/> mg %	<input type="text"/> mg %
Triglyceride	<input type="text"/> mg %	<input type="text"/> mg %
Harnsäure	<input type="text"/> mg %	<input type="text"/> mg %
Gamma-GT	<input type="text"/> U/l	<input type="text"/> U/l
GOT	<input type="text"/> U/l	<input type="text"/> U/l
GPT	<input type="text"/> U/l	<input type="text"/> U/l
CHE	<input type="text"/> U/l	<input type="text"/> U/l
Quick-Wert	<input type="text"/> %	<input type="text"/> %

Ort, Datum

Unterschrift des Arztes/der Ärztin

Die Kosten der Untersuchung trägt der/die Untersuchte.