

## 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**      **7.30 bis 20:00 Uhr**

Stellvertreterin Frau Astrid Telker (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**

### Bitte von der Patientin vollständig auszufüllen:

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

**Sollten Sie in diesem Quartal noch nicht bei uns gewesen sein, schicken Sie uns bitte eine Überweisung mit.**