

IL-5 Bestimmung Interleukin 5

Bitte leer lassen

Exp.

N°:.....

***Zuweiser/Arzt:** (inkl. Adresse)

Stempel

***Patient/in Daten:** (inkl. Adresse)

Patienten Kleber

Benötigtes Untersuchungsmaterial

Serum (> 0.5 ml, **abzentrifugiert**)

***Blutentnahme:** Datum: _____ Uhrzeit _____

*Rechnung:

Patient/in

Auftraggeber

Versand: Versand mit A-Post im geschützten Briefumschlag oder z.B. über Medics-Labor Kurierdienst, Temperaturbedingungen 4 - 25°C.

Bei nicht sofortiger Versendung, Probematerial bei 4°C (Kühlschrank) lagern

Versandmaterial kann auf Anfrage zur Verfügung gestellt werden