

Labornummer:

--	--	--	--	--	--	--	--

Anmeldeformular

Name:

Anschrift:

Telefon:

FAX:

e-mail:

Rechnungsanschrift:

ggf. ATU-Nummer

ggf. Arzt-Nr.

ggf. Vertragspartner-Nr.

INSTITUTION (Stempel)

Die Anmeldung gilt bis auf Widerruf.

Teilen Sie uns bitte jede Änderung der obigen Angaben unverzüglich mit.

Die Abmeldung von der Teilnahme an den Rundversuchen der ÖQUASTA muss schriftlich (Fax, Post, Mail) erfolgen.

In Rechnung gestellte Rundversuche werden bei Abmeldung innerhalb 10 Werktagen vor Aussendetermin nicht refundiert.

Für nicht behobene Sendungen wird keine Vergütung geleistet.

Bei Vorliegen der Einverständniserklärung erfolgt die Meldung über An- bzw. Abmeldung zu den Rundversuchen an die jeweilige Landesärztekammer.

Es wird festgehalten, dass die Datenkommunikation zwischen der ÖQUASTA und dem Teilnehmer unverschlüsselt erfolgt.

	Internet	Post, Fax od. E-Mail (ACHTUNG Manipulationsgebühr einmalig EUR 120,- pro Jahr)
Resultate werde ich übermitteln per	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auswertungen möchte ich erhalten per	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<hr/>		
	Ja	Nein
Rechnung per Mail	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Datum

Unterschrift

Ich (Wir) melde(n) das von mir (uns) geleitete Laboratorium für nachstehenden Rundversuch der ÖQUASTA an:

<input type="checkbox"/> Klinische Chemie (4x pro Jahr 2 Proben zu je 3,0 – 5,0 ml)	<input type="checkbox"/> Probenmehrbedarf: Anzahl zusätzlicher Probensets:
<input type="checkbox"/> Glukose <input type="checkbox"/> Laktat <input type="checkbox"/> Harnstoff <input type="checkbox"/> Kreatinin <input type="checkbox"/> Cholesterin <input type="checkbox"/> HDL-Cholesterin <input type="checkbox"/> LDL-Cholesterin <input type="checkbox"/> Triglyceride <input type="checkbox"/> Harnsäure <input type="checkbox"/> Gesamt-Protein <input type="checkbox"/> Bilirubin <input type="checkbox"/> Bilirubin direkt	<input type="checkbox"/> Natrium <input type="checkbox"/> Kalium <input type="checkbox"/> Kalzium <input type="checkbox"/> Magnesium <input type="checkbox"/> Eisen <input type="checkbox"/> Zink <input type="checkbox"/> Kupfer <input type="checkbox"/> Chlorid <input type="checkbox"/> Phosphat <input type="checkbox"/> Fruktosamin <input type="checkbox"/> Alkalische Phosphatase (AP)
<input type="checkbox"/> Creatin-Kinase (CK) <input type="checkbox"/> AST / GOT <input type="checkbox"/> ALT / GPT <input type="checkbox"/> γ -GT <input type="checkbox"/> Amylase <input type="checkbox"/> Pankreas-Amylase <input type="checkbox"/> Cholinesterase <input type="checkbox"/> LDH <input type="checkbox"/> α -HBDH <input type="checkbox"/> GLDH <input type="checkbox"/> Lipase	
Bitte geben Sie das von Ihnen verwendete Gerät an, ggf. erhalten Sie nach der Anmeldung ein „Methodenblatt“ für diesen Rundversuch!	

<input type="checkbox"/> POCT / Blutzucker (4x pro Jahr 2 Proben zu je 0,5 ml)	<input type="checkbox"/> Probenmehrbedarf: Anzahl zusätzlicher Probensets:
Bitte geben Sie das von Ihnen verwendete Gerät an:	

<input type="checkbox"/> Harnstreifen (4x pro Jahr 2 Proben zu je 5 ml)	<input type="checkbox"/> Probenmehrbedarf: Anzahl zusätzlicher Probensets:
<input type="checkbox"/> pH <input type="checkbox"/> Protein <input type="checkbox"/> Glukose <input type="checkbox"/> Hämoglobin	<input type="checkbox"/> Leukozyten <input type="checkbox"/> Keton <input type="checkbox"/> Nitrit <input type="checkbox"/> Bilirubin
	<input type="checkbox"/> Urobilinogen <input type="checkbox"/> Spezifisches Gewicht <input type="checkbox"/> Albumin <input type="checkbox"/> HCG (Schwangerschaftstest)
Bitte geben Sie die von Ihnen verwendeten Streifen und Gerät an:	

<input type="checkbox"/> CRP(C-reaktives Protein) (4x pro Jahr 2 Proben zu je 0,5 ml)	<input type="checkbox"/> Probenmehrbedarf: Anzahl zusätzlicher Probensets:
Bitte geben Sie das von Ihnen verwendete Gerät an:	

<input type="checkbox"/> Hämatologie (4x pro Jahr 2 Proben zu je 2 ml und/oder 1 Blutausstrich)	<input type="checkbox"/> Probenmehrbedarf: Anzahl zusätzlicher Probensets:
<input type="checkbox"/> Hämoglobin <input type="checkbox"/> Hämatokrit <input type="checkbox"/> MCV <input type="checkbox"/> MCHC	<input type="checkbox"/> RDW-CV <input type="checkbox"/> Erythrozyten <input type="checkbox"/> Leukozyten <input type="checkbox"/> Thrombozyten
	<input type="checkbox"/> Differentialblutbild (Ausstrich)
Bitte geben Sie das von Ihnen verwendete Gerät an:	

<input type="checkbox"/> Gerinnung (4x pro Jahr 2 Proben zu je 1,0 ml)	<input type="checkbox"/> Probenmehrbedarf: Anzahl zusätzlicher Probensets:
<input type="checkbox"/> Thromboplastinzeit (Quick) <input type="checkbox"/> INR <input type="checkbox"/> Partielle Thromboplastinzeit (aPTT)	<input type="checkbox"/> Thrombinzeit <input type="checkbox"/> Antithrombin III <input type="checkbox"/> Fibrinogen <input type="checkbox"/> Fibrinogen derived
Bitte geben Sie das von Ihnen verwendete Gerät an:	

<input type="checkbox"/> POCT/INR (4x pro Jahr 1 Probe)	<input type="checkbox"/> Probenmehrbedarf: Anzahl zusätzlicher Probensets:
Bitte geben Sie das von Ihnen verwendete Gerät an:	<input type="checkbox"/> CoaguChek XS Plus <input type="checkbox"/> CoaguChek XS Pro <input type="checkbox"/> CoaguChek Pro II <input type="checkbox"/> microINR <input type="checkbox"/> MICROPOINT qLabs <input type="checkbox"/> Xprecia Stride <input type="checkbox"/> LumiraDx

<input type="checkbox"/> D-Dimer (4x pro Jahr 2 Proben zu je 1,0 ml)	<input type="checkbox"/> Probenmehrbedarf: Anzahl zusätzlicher Probensets:
Bitte geben Sie das von Ihnen verwendete Gerät an:	