

Patient*in Vor-/Nachname Geschlecht: ☐ M ☐ W ☐ divers Vers.-Nr. Geb.-Datum Einsender*in Nachname Vorname Straße PLZ Ort	Eingelangt am: Proben ID # Abnahmeangaben Datum Uhrzeit Material Besonderheiten Verdachtsdiagnose (bitte IMMER angeben!)
--	--

Pathophysiologischer Forschungstest

Hämostaseologie
Zirkulierende Mikrothromben (CMT) # <i>plus</i> ☐ SARS-CoV2* ☐ IgG*

Bitte vorher Kontaktaufnahme

* in Kooperation mit lokalen Partnerlabors