## **ChipCytometry**

Tear Dep OE 6 Han Carl 306

pho fax:

iiipGytoiliGti y		Name:					
m Chipcytometry ot. Paed. Pneumology, Allergology and Nec 6710			Geb., Eb., R.:				
6710 nnover Medical School I-Neuberg-Strasse 1		Tel.:					
25 Hannover			Pation				
nne: +49-511-5327826 +49-511-5328725 <b>Pro</b>	<u>leitschein</u>	Patienten- Aufkleber (Bitte direkt anbringen!)					
Chip- IDs: P	, P						
Probe verarbeitet von:							
Angaben zur Probe (y	/om Arzt / La	aborpersonal aus	szufüllen):				
1. Untersuchungsmateria	d:		Zellzahl / µl:				
2. Verarbeitungsmethode	e:	Zellen resus	pendiert in:				
3. Zeitpunkt Probenabnal			ul				
4. Zeitpunkt Probenverar	beitung:				мі		
Bitte zutreffendes ank	reuzen ( <u>vo</u>	om Laborperson	al auszufül	len)			
		В	emerkun	9			
I. Zellen beim Einfüllen	ja	nein					
sichtbar							
2. Luftblasen beim	ja	nein					
Befüllen des Kanals							
B. Luftblasen durch Mikroblasen in der	ja	nein					
Flüssigkeit							
·							
Fremdpartikel im	ja	nein					
Kanal (z.B. Fusseln)							
		Datum, U	nterschr	ift:			
ur von Team Chipcytometry a	auszufüllen!:	<u></u>					
ngangskontrolle am (DL):							
uftblasen	ja [		nein				
romdnortikal	io		noin				

OE:\_\_\_\_\_

## Νι

Eingangskontrolle am (DL):			
Luftblasen	ja	nein	
Fremdpartikel	ja	nein	
Unspezifische HF	ja	nein	

Zellverteilung/-dichte im Chip: