

OE: _____

Name: _____

Geb., Eb., R.: _____

Tel.: _____

Probenbegleitschein

Patienten- Aufkleber (Bitte direkt anbringen!)

Chip- IDs: P _____, P _____

Probe verarbeitet von:

Angaben zur Probe (vom Arzt / Laborpersonal auszufüllen):

1. Untersuchungsmaterial: _____
2. Verarbeitungsmethode: _____
3. Zeitpunkt Probenabnahme: _____
4. Zeitpunkt Probenverarbeitung: _____

Zellzahl / μ l: _____

Zellen resuspendiert in:

_____ μ l

Bitte zutreffendes ankreuzen (vom Laborpersonal auszufüllen)

	ja	nein	Bemerkung
1. Zellen beim Einfüllen sichtbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Luftblasen beim Befüllen des Kanals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Luftblasen durch Mikroblasen in der Flüssigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. Fremdpartikel im Kanal (z.B. Fusseln)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Datum, Unterschrift: _____

Nur von Team Chipcytometry auszufüllen!:

Eingangskontrolle am (DL):				
Luftblasen	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Fremdpartikel	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Unspezifische HF	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>

Zellverteilung/-dichte im Chip: _____