

Ihre Anforderungen an das KERN Mikroskop – für biologische Untersuchungen

1)	Welche Art von Mikroskop benötigen Sie?			
	Durchlichtmikroskop: Phasenkontrastmikroskop Fluoreszenzmikroskop Inverses Mikroskop	(Präparate mit min (Fluoreszente Struk	/ transluzenten Präparaten) imalen Kontrast / sehr transluzent) kturen, spezifisch gefärbt oder autofluoreszent) Kulturgefäße aus der Zellkultur, sehr dicke Proben)	
	nen Sie Ihren Verwendungszweck/ chreiben Sie Ihre Anwendung:			
2)	Welche Tubus-Art benötige	en Sie für Ihre <i>F</i>	Anwendung?	
	Monokular-Tubus Binokular-Tubus Trinokularer-Tubus	(Einblick mit beider	nem Auge = 1 Okular vorhanden) n Augen = 2 Okulare vorhanden) n Augen + zusätzlich die Möglichkeit eine Kamera anzuschließen)	
	veis: siehe auch unter Punkt 5) Ber	nötigen Sie eine Kan	nera?	
Zusa	ätzliche Bemerkungen:			
3)	Welche Beleuchtungseinhe	eit bevorzugen S	Sie?	
	Halogen Durchlicht LED Durchlicht		tung / geeignet auch für Dunkelfeld & Phasenkontrast) eine Wärmeentwicklung)	
Zusa	ätzliche Bemerkungen:			
4) I	Benötigen Sie eine Köhler-Be	eleuchtung?		
	nein fixierte, vorzentrierte Köhlerbeleud volle Köhlerbeleuchtung	chtung	Kondensor ist zentriert, in der Höhe verstellbar und fokussierbar, Leuchtfeldblende / Aperturblende vorhanden. Kondensor ist voll zentrierbar und fokussierbar, Leuchtfeldblende / Aperturblende vorhanden.	
Zusa	ätzliche Bemerkungen:			



5)	Welche Vergrößerung benötigen Sie?			
	Objektiv 4x = 40 fache Objektiv 10x = 100 fache Objektiv 20x = 200 fache Objektiv 40x = 400 fache Objektiv 100x = 1000 fache	(bei Verwendung des 10x Okulares)		
Nen	nen Sie uns Ihre Wunschvergrößerung:			
Zusa	ätzliche Phasenkontrast Objektive:			
6)	Benötigen Sie eine Kamera zur Dokur	nentation?		
	ja nein			
Tipp Bei		hluss einer Kamera immer ein C-Mount Adapter verwendet werden!		
Zusätzliche Bemerkungen: (mpx Anzahl:)				
7)	Benötigen Sie weitere Funktionen? Dunkelfeldeinsatz Phasenkontrast-Einheit Zusätzliche Objektive			
Zusa	ätzliche Bemerkungen:			
Anga	abe Phasenkontrastvergrößerung:			
8)	Weitere technische Eigenschaften:			
IHR	CO-MED FACHHÄNDLER VOR ORT (wenn bekan	nt):		
IHRE KONTAKTDATEN / ADRESSE / TELEFONNUMMER ZUR KONTAKTAUFNAHME:				