Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr. | Versicherten-Nr. | Status

Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum

PRAXIS FÜR LABORMEDIZIN UND MIKROBIOLOGIE

Universitätsstraße 62 · 44789 Bochum · Telefon: 0234-3077100 · Telefax: 0234-3077930

Privat-Untersuchungsauftrag

Geschlecht: W M SSW: _____

Abnahmedatum

Abnahmezeit

Barcode LG / DFÜ-Nr.

Eilt/Fax

Untersuchungsmaterial:

Gewünschte Untersuchungen:

Artzstempel / Unterschrift