

Krankenkasse bzw. Kostenträger		MVZ Labor PD Dr. Volkmann und Kollegen GbR Kriegsstr. 99, 76133 Karlsruhe Telefon (07 21) 850000 Fax (07 21) 85000-199		Tagesnummer (bitte frei lassen)	
Name, Vorname des Versicherten				Probenentnahme Mann <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Datum: _____ Zeit: _____	
geb. am		Körpergröße: _____ [cm] Körpergewicht: _____ [kg] Urinvolumen: _____ [mL] Sammelperiode: _____ [Std]			
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status			
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum			
<input type="checkbox"/> Privat amb. <input type="checkbox"/> Kostenträger Krankenhaus <input type="checkbox"/> Ambulante Patienten Überweisungsschein genügt <input type="checkbox"/> Privat stat.		<input type="checkbox"/> Gutachten / Aktenzeichen <input type="checkbox"/> BG-Patient BG-Anschrift angeben			
Klinische Fragestellung:		Dringend erforderlich: => Befundanschrift, Telefon- u. Faxnummer		LANDSPÍTALI UNIVERSITY HOSPITAL Central biomedical laboratory 2 nd Floor, K-building HRINGBRAUT, 101 REYKJAVIK, ICELAND Tel.: +354 543 5061	
Anforderungsschein					

Untersuchungsauftrag:

Unterschrift: _____



0001 0421 02

Bitte deutlich mit Kugelschreiber markieren

weitere Informationen: <http://www.laborvolkmann.de>