

Krankenkasse bzw. Kostenträger		<b>MVZ Labor PD Dr. Volkmann und Kollegen GbR</b> Kriegsstr. 99, 76133 Karlsruhe Telefon (07 21) 850000 Fax (07 21) 85000-199		Tagesnummer (bitte frei lassen)	
Name, Vorname des Versicherten				<b>Probenentnahme</b> Mann <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Datum: _____ Zeit: _____ Körpergröße: _____ [cm] Körpergewicht: _____ [kg] Urinvolumen: _____ [mL] Sammelperiode: _____ [Std]	
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status	<input type="checkbox"/> Privat amb. <input type="checkbox"/> Kostenträger Krankenhaus <input type="checkbox"/> Ambulante Patienten Überweisungsschein genügt <input type="checkbox"/> Gutachten / Aktenzeichen <input type="checkbox"/> BG-Patient BG-Anschrift angeben		
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	* 4 - 8 °C, ** -20 °C, *** lichtgeschützt		
<b>Klinische Fragestellung:</b>			<b>Dringend erforderlich: ==&gt;</b> <b>Befundanschrift,</b> <b>Telefon- u. Faxnummer</b>		
<b>Anforderungsschein</b>			<b>Absender (Stempel)</b>		

Untersuchungsauftrag:

Unterschrift: \_\_\_\_\_



0001 0421 02