

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft	MVZ Labor Prof. Seelig							
Name, Vorname des Versicherten geb. am							76133 Karlsruhe Kriegsstraße 99 Telefon (07 21) 8 50 00-0 Befundauskunft (07 21) 85 00 01 50				76038 Karlsruhe Postfach 5609 Telefax (07 21) 85 00 01 99 E-Mail: labseelig@laborseelig.de			
							Probenentnahme-Datum/Zeit				Untersuchungsmaterial			
Kassen-Nr.			Versicherten-Nr.		Status		<input type="checkbox"/> Serum				<input type="checkbox"/> Citratplasma		<input type="checkbox"/> Sonstiges	
Vertragsarzt-Nr.			VK gültig bis		Datum		<input type="checkbox"/> Vollblut		<input type="checkbox"/> Liquor		bitte angeben			
						Urinvolumen ml		Sammelperiode h		Körpergröße cm		Körpergewicht kg		
										<input type="checkbox"/> EDTA-Blut		<input type="checkbox"/> Stuhl		
										<input type="checkbox"/> Heparinblut		<input type="checkbox"/> Urin		
										<input type="checkbox"/> -20°C		<input type="checkbox"/> 4°C		
<input type="checkbox"/> Privat stationär		<input type="checkbox"/> Kostenträger		<input type="checkbox"/> Ambulante Patienten		<input type="checkbox"/> Gutachten/		<input type="checkbox"/> BG-Patient						
<input type="checkbox"/> Privat ambulant		Krankenhaus		(Überweisungsschein genügt)		Aktenzeichen:		(BG-Anschrift angeben)						
Klinische Fragestellung:							<div style="border: 2px solid yellow; padding: 5px; display: inline-block;"> Dringend erforderlich: Befundanschrift und Rechnungsanschrift </div>							
							Absender (Stempel)							

Anforderungsschein

Untersuchungsauftrag:

Unterschrift: _____