

Krankenkasse bzw. Kostenträger		MVZ Labor PD Dr. Volkmann und Kollegen GbR Gerwigstr. 67, 76131 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: _____ 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		
Klinische Fragestellung:		Dringend erforderlich: => Befundanschrift und Rechnungsanschrift		Absender (Stempel)	
Anforderungsschein					

Untersuchungsauftrag:

Unterschrift: _____



0001 0421 02