

Pflichtangabe: Name, Vorname, geboren am: _____ <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		Universitätsklinikum Ulm Zentrale Einrichtung Klinische Chemie Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. Sven Danckwardt Tel.: OE: 0731/500-67555; MB: 0731/500-67588	
<i>Patientenetikett mit Fallnummer bitte aufkleben oder manuell ausfüllen</i>		Abnahmedatum: _____	Abnahmezeit: _____
		Pflichtangabe: Einsender	
Adresse Privat-Versicherte: _____		Einsendername: _____	
Klinische Angaben: _____		☎ Tel.: _____	
		🖨 Drucker-Nr.: _____	
		anfordernder Arzt (Unterschrift) _____	

Für Rückfragen: Frau Beil Tel.: 0731/500-67545

Einsender:		
Anfordernder Arzt (bitte in Druckbuchstaben)		
<input type="text"/>	Abnahmedatum	Abnahmezeit
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Patient Name: Vorname: Geschlecht: Geburtsdatum: Versicherung: <input type="checkbox"/> Gesetzlich mit Überweisungsschein <input type="checkbox"/> Rechnung an Einsender (Krankenhaus) <input type="checkbox"/> Privat versichert: Rechnungsanschrift: PLZ/Ort: Straße/Hausnummer: Versicherung:

Falls zusätzliche Angaben bzw. Kommentare auf dem Befund erwünscht sind
(z. B. Ihre eigene Identifikationsnummer, Dosierung o.ä.), bitte hier angeben:

Anforderung: Bestimmung von Eskazole/Albendazol (968)
 Abnahme 4 h nach Gabe, Lithium-Heparin-Monovette

Ort/Datum: _____ Unterschrift und Arztstempel: _____
 (Anfordernder Arzt)