

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

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

Einsender:   Anfordernder Arzt (bitte in Druckbuchstaben)	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)