

Pflichtangabe: Name, Vorname, geboren am: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich Patientenetikett mit Fallnummer bitte aufkleben oder manuell ausfüllen	Universitätsklinikum Ulm 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:	Pflichtangabe: Einsender Einsendernamen: ☎ Tel.: 🖨 Drucker-Nr.: anfordernder Arzt (Unterschrift)
Klinische Angaben:	

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

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