

# Anforderungsformular für Laboruntersuchungen intern

<b>Einsender (Klinik/Praxis):</b>
-----------------------------------

Weiterleitung aus internem Labor	→	an internes Labor
<input type="checkbox"/> HLA - Labor		<input type="checkbox"/> HLA - Labor
<input type="checkbox"/> Rote Serologie		<input type="checkbox"/> Rote Serologie
<input type="checkbox"/> Thrombozytenserologie		<input type="checkbox"/> Thrombozytenserologie
<input type="checkbox"/> Granulozytenserologie		<input type="checkbox"/> Granulozytenserologie
		<input type="checkbox"/> Molekularbiologie (PCR)

<b>Patientenname, Vorname</b>	
<b>Geb.-Datum:</b>	
<b>Probeneingangsnummer::</b>	
<b>Gewünschte Untersuchung:</b>	

Datum:                      Unterschrift:

<b>Untersuchung am:</b> (wenn interne Labornummer vergeben, bitte hier mit vermerken)	
<b>Ergebnisse:</b>	

Datum:                      Unterschrift: