

Anforderungsformular für Laboruntersuchungen intern

Einsender (Klinik/Praxis):

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)

Patientenname, Vorname	
Geb.-Datum:	
Probeneingangsnummer::	
Gewünschte Untersuchung:	

Datum: Unterschrift:

Untersuchung am: (wenn interne Labornummer vergeben, bitte hier mit vermerken)	
Ergebnisse:	

Datum: Unterschrift: