

Datum	Krankenhaus/ Klinik/ Praxis	Strasse/ Haus-Nr.	PLZ	Ort	Sex m/w/d	Titel	Vorname Name Transfus. verantw./ -beauftragte/r		Rufnummer/ Handy-Nr.	Email	EFN-Nummer Meldung LÄK 15-stellig	20.7./21.07.23 Do./ Fr. 230 €
14.04.2023	Musterkrankenhaus	Musterstr. 10	76534	Musterstadt	m	Prof. Dr. Dr.	Max	Mustermann	07221/214301	m.mustermann@mkh.de	802760600643457	X
