

Krankenkasse bzw. Kostenträger		MVZ Labor PD Dr. Volkmann und Kollegen SE & Co. eGmbH Gerwigstr. 67, 76131 Karlsruhe Telefon (07 21) 850000 Fax (07 21) 85000-199	Tagesnummer (bitte frei lassen)																																																
Name, Vorname des Versicherten geb. am																																																			
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status	Materialien <table><tr><td>☐ V</td><td>☐ Vollblut</td><td>☐ CSF</td><td>☐ Liquor</td><td>☐ Bi</td><td>☐ Biopsie</td></tr><tr><td>☐ Vollblut, zentr</td><td>☐ Syn</td><td>☐ Synovia</td><td>☐ St</td><td>☐ Stuhl</td><td></td></tr><tr><td>☐ S</td><td>☐ Serum</td><td>☐ HB</td><td>☐ Hep.-Blut</td><td>☐ A</td><td>☐ Abstrich</td></tr><tr><td>☐ EB</td><td>☐ EDTA-Blut</td><td>☐ HP</td><td>☐ Hep.-Plasma</td><td>☐ HCY</td><td>☐ HCY-Z-Gel</td></tr><tr><td>☐ EP</td><td>☐ EDTA-Plasma</td><td>☐ U24</td><td>☐ 24h-S-Urin</td><td>☐ FB</td><td>☐ NaF-Blut</td></tr><tr><td>☐ CB</td><td>☐ Citrat-Blut</td><td>☐ U</td><td>☐ Urin</td><td>☐ HL</td><td>☐ Hämolysat</td></tr><tr><td>☐ CP</td><td>☐ Citrat-Plasma</td><td>☐ S+L</td><td>☐ Serum+Liquor</td><td>☐ Spu</td><td>☐ Sputum</td></tr><tr><td>☐ Ma</td><td colspan="5">☐ Mat. angeben:</td></tr></table> * 4 - 8 °C, ** -20 °C, *** lichtgeschützt	☐ V	☐ Vollblut	☐ CSF	☐ Liquor	☐ Bi	☐ Biopsie	☐ Vollblut, zentr	☐ Syn	☐ Synovia	☐ St	☐ Stuhl		☐ S	☐ Serum	☐ HB	☐ Hep.-Blut	☐ A	☐ Abstrich	☐ EB	☐ EDTA-Blut	☐ HP	☐ Hep.-Plasma	☐ HCY	☐ HCY-Z-Gel	☐ EP	☐ EDTA-Plasma	☐ U24	☐ 24h-S-Urin	☐ FB	☐ NaF-Blut	☐ CB	☐ Citrat-Blut	☐ U	☐ Urin	☐ HL	☐ Hämolysat	☐ CP	☐ Citrat-Plasma	☐ S+L	☐ Serum+Liquor	☐ Spu	☐ Sputum	☐ Ma	☐ Mat. angeben:				
☐ V	☐ Vollblut	☐ CSF		☐ Liquor	☐ Bi	☐ Biopsie																																													
☐ Vollblut, zentr	☐ Syn	☐ Synovia		☐ St	☐ Stuhl																																														
☐ S	☐ Serum	☐ HB	☐ Hep.-Blut	☐ A	☐ Abstrich																																														
☐ EB	☐ EDTA-Blut	☐ HP	☐ Hep.-Plasma	☐ HCY	☐ HCY-Z-Gel																																														
☐ EP	☐ EDTA-Plasma	☐ U24	☐ 24h-S-Urin	☐ FB	☐ NaF-Blut																																														
☐ CB	☐ Citrat-Blut	☐ U	☐ Urin	☐ HL	☐ Hämolysat																																														
☐ CP	☐ Citrat-Plasma	☐ S+L	☐ Serum+Liquor	☐ Spu	☐ Sputum																																														
☐ Ma	☐ Mat. angeben:																																																		
☐ Privat amb. ☐ Kostenträger ☐ Ambulante Patienten ☐ Gutachten / ☐ BG-Patient ☐ Privat stat. Krankenhaus Überweisungsschein genügt Aktenzeichen BG-Anschrift angeben																																																			
Klinische Fragestellung:		Dringend erforderlich: ➡	Absender (Stempel)																																																
Befundanschrift und Rechnungsanschrift																																																			
Anforderungsschein																																																			

Untersuchungsauftrag:

Unterschrift: _____



0001 0421 02