Krankenkasse bzw. Kostenträger			schein für Laborator en als Auftragsleistu	ng
Name, Vorname des Versicherten	geb _* am	Kurativ Pra	äventiv bei belegärzt Behandlun	Unfall, Unfallfolgen
Betriebsstätten-Nr. Arzt-N Eintrag nur bei Weiterüberweisur Betriebsstätten-Nr. des Erstveranlas	herten-Nr. Status Ir. Datum ng! ssers Arzt-Nr. des Erstveranlassers	and the second s	Abnahmezeit SSW	Kontrolluntersuchung bekannte Infektion andlung eingeschränkter Leistungsanspruch § 116b SGB V Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch
Auftrag				
Nicht zu verwenden bei Arbeitsunt	fällen, Berufskrankheiten und Schüler	unfällen		Vertragsarztstempel / Unterschrift überw, Arzt Muster 10 (10.2020)
CITO-Gerinnung	CITO-Hämatologie	CITO-Klin, Chemie Diabetes / Niere	24 Std. Sammelurin: Infektionsdiagnostik	Hormone / Tumormarker
Profile 1) Praxisprofil 1 2) Praxisprofil 2 2) Praxisprofil 3 2)	CRP S GOT (ASAT) S GPT (ALAT) S GPT (ALAT	Glucose cNaF	Procalcitonin Bordetella pertussis-Ak Borrelia burgdorferi-Ak	S

