

SOP-BE-ALL.P.0004.02	Beilage 1	Datum: 09.11.2015	Seite 1 von 1
----------------------	-----------	-------------------	---------------

Nachforderung von Laboruntersuchungen

schnellstmöglich per FAX an das MVZ-Labor Limbach Berlin GbR:

030 / 890645-80

<input type="checkbox"/> Nachmeldung	<input type="checkbox"/> Stornierung	<input type="checkbox"/> Änderung von Daten
Patientenname: Geburtsdatum: Barcodenummer: Abnahmedatum:	<input type="checkbox"/> Kasse <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Igel <input type="checkbox"/> Rechnung an Patient <input type="checkbox"/> Rechnung an Praxis	
Nachgeforderte Untersuchungen:		
Kommentar: (z.B. Grund der Nachforderung/ Stornierung; klinische Angaben; Besonderheiten)		

ist vom Labor auszufüllen	
neue Tagesnummer	<u>Archivposition der Proben</u> SU..... U+HSE..... R

Auftrag erteilt durch (Praxis):

Datum:.....Name:.....Unterschrift:.....
 (in Druckschrift)

Bearbeitung im MVZ-Labor erfolgte am:.....durch:.....