



LABOR

GKK für	BKK der	VA des östr. Bergbaues	Andere Kostenträger	1 Erwerbstätig Arbeitslos Selbstvers.	5 Pensionist(in)	7 Kriegshinter- bliebene(r)	9
-------------------	-------------------	--	---------------------	--	---------------------	-----------------------------------	---

Bitte den Namen des Kostenträgers einsetzen!

Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!

Labor-Zuweisung

PATIENT(IN)

VERSICHERUNGSNUMMER

Patient

Tag			Monat			Jahr					

Anschrift

Versicherter (Nur auszufüllen, wenn Patient ein Angehöriger ist.)

Tag			Monat			Jahr					

Beschäftigt bei (Dienstgeber, Dienstort)

DIAGNOSE:

ERGÄNZUNGEN:

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

+

Adressfeld

+

Serum

- | | |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> CRP | <input type="checkbox"/> Alkalische Phosphatase |
| <input type="checkbox"/> ASLO | <input type="checkbox"/> OT |
| <input type="checkbox"/> Rheumafaktor | <input type="checkbox"/> PT |
| <input type="checkbox"/> Harnsäure | <input type="checkbox"/> gamma GT |
| <input type="checkbox"/> Harnstoff | <input type="checkbox"/> LDH |
| <input type="checkbox"/> BUN | <input type="checkbox"/> Cholesterin |
| <input type="checkbox"/> Kreatinin | <input type="checkbox"/> HDL |
| <input type="checkbox"/> Blutzucker | <input type="checkbox"/> Triglyzeride |
| <input type="checkbox"/> Bilirubin | <input type="checkbox"/> CK |

TAGESNUMMER

Harn

- Harn
- H-Kultur
- Schwangerschaftstest

Citrat

- PTZ
- PTT
- Fibrinogen
- TT

EDTA

- Blutbild
- Senkung
- Retikulozyten

Stuhl

- Hämoccult

- | | |
|-----------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> männlich | <input type="checkbox"/> Kind |
| <input type="checkbox"/> weiblich | <input type="checkbox"/> OG |

Die Abrechnung der Anforderungen erfolgt laut Vereinbarung.

+

0603

+