



Einsender:

Untersuchungsauftrag Steroidprofil



UF-0.9

Telefon:
Fax:
Befundfax:
email:

				Anf	Df	Re
Dieser Bereich ist nur vom Labor auszufüllen!						

Bitte vollständig und mit gut lesbarer Schrift ausfüllen, um Rückfragen zu vermeiden. Danke.

Angeforderter Test

TMS-Steroidprofil

Daten des Patienten:

Familienname männl. weibl.

Vorname(n) Geburtsdatum

Strasse Blutentnahmedatum und Uhrzeit

Land PLZ Ort Gewicht [g] Länge [cm]

Reifestatus

Krankenkasse des Patienten (Nur ausfüllen, wenn kein Überweisungsschein vorliegt):

Kassenname Kassen-Nr. (Karte, 7 Ziffern) oder VKNR (5 Ziffern)

Versichertennummer

Fragestellung:

.....

.....

.....

Derzeitige Therapie:

.....

.....

.....