

Name, Vorname, Geb.Datum, Anschrift

Medizinisches Zentrallabor Altenburg

MZLA - Versorgungszentrum
04600 Altenburg , Am Waldessaum 8

MZLA

Tel 03447 5688- 0
Fax 03447 5688-77
E-Mail labor@mzla.de

ggf. Kennziffer

--	--	--	--	--

Barcode:

Bc des Originalauftrages
wenn noch vorhanden

UNTERSUCHUNGSaufTRAG

Abnahmedatum

--	--	--	--	--	--	--	--

Abnahmezeit

--	--	--	--	--	--

Befundübermittlung
eilt, Nachrichtlich an

Telefon
Nr. _____

Fax
Nr. _____

Fax - Nachmeldung
03447 - 5688-77



0031 0255 00

Fax - Nachmeldung

zum Auftrag vom: _____ mit Barcode: _____

Nachgeforderte Untersuchungen:

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Befund bitte an:

--