

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

### ANLAGE 3 - Anforderungsschein

<b>-4025-</b>  <b>B.I.G.</b>
------------------------------------



# LABOR 28

BERLIN

Medizinisches Versorgungszentrum  
Labor 28 GmbH

Mecklenburgische Straße 28  
14197 Berlin

Telefon 030.820 93-0  
Fax 030.820 93-301  
info@labor28.de  
www.labor28.de

Auftrags-Nr. des Labors <b>intern</b>
--

Erstuntersuchung

Kontrolluntersuchung

**Laufende Therapie mit Antibiotika/Antimykotika**

ja  nein

**Klinische Diagnose:**

**Derzeit: o.B.:**  ja  nein

**Verdacht auf** Infektion  Blutung  Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Bitte ankreuzen:**

Grampräparat/Erstuntersuchung (Block: GRAMKI)  
Material: Objektträger

Grampräparat/Kontrolluntersuchung (Block: GRAMKIKO)  
Material: Objektträger

<p><b>Arztstempel</b></p>    <hr/>
--

Original DIN A 5 quer