

NEUANLAGE von Einsendern

Gesprächstermin am:		Beginn Einsendung:			
☐ Frau ☐ Herr ☐ Andere	Name Ärztin/Arzt			Titel:	
Fachrichtung:					
LANR:			BSNR:		
Anschrift:					
Telefon:		Fax:		E-Mail:	
Bitte geben Sie Ihre Telefonnummer für Notfälle an: Wir nutzen diese ausschließlich zur Übermittlung auffälliger, pathologischer Werte außerhalb Ihrer Sprechzeiten					
Praxis-Ansprechpartner:					
Abnahmesystem: ☐ Sarstedt ☐ Greiner Datum der Auslieferung:				Barcodes: ☐ Ja ☐ Nein	
Maßeinheiten: ☐ SI ☐ Konventionell		Befundübermittlung: ☐ Post ☐ Kurier ☐ Fax ☐ DFÜ ☐ Order Entry			
Probentransport: ☐ per Post ☐ per Kurier ☐ auf Abruf ☐ täglich:					
☐ Mo		☐ Di		☐ Mi	
				☐ Do	
				☐ Fr	
Praxis-EDV					
ISDN					
Internet					
Andere					
Anmerkungen 				Praxisstempel 	
MVZ-Mitarbeiter/in:				Ort, Datum Unterschrift Ärztin/Arzt	