

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
		VK gültig bis
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

**Laborverbund Dr. Schottdorf u. a.**

**Mutterschutzgesetz / Biostoffverordnung**

86154 Augsburg • August-Wessels-Straße 5  
 www.schottdorf.de • labor@schottdorf.de

Telefon 0821 / 4201 - 0  
 Telefax 0821 / 41 79 92

Hier bitte Arzt/Patientenbarcode aufbringen



Tagesnummernbarcode



wird vom Labor vergeben

- |  |      |       |
|--|------|-------|
| <input type="checkbox"/> B. pertussis IgG      | PIGG | Serum |
| <input type="checkbox"/> Masernvirus IgG       | *MA1 | Serum |
| <input type="checkbox"/> Mumpsvirus IgG        | *MU1 | Serum |
| <input type="checkbox"/> Röteln Ak HAH         | ROET | Serum |
| <input type="checkbox"/> Parvovirus B19 IgG    | PABG | Serum |
| <input type="checkbox"/> Varicella Zoster IgG  | *VA1 | Serum |
| <input type="checkbox"/> Cytomegalie-Virus IgG | *ZY1 | Serum |
| <input type="checkbox"/> Anti-HAV              | HAVA | Serum |
| <input type="checkbox"/> Anti-HBs              | A-HB | Serum |

- Rechnung an Einsender
- Rechnung an Patient

Art der Probe: \_\_\_\_\_

Abnahmezeitpunkt  
 Datum / Uhrzeit: \_\_\_\_\_

**Zusätzliche Untersuchungen:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Überweisender Arzt:**

**Bitte Stempel und Unterschrift**