



**LABOR**

GKK für

BKK der

VA des österr. Bergbaues

Andere Kostenträger

1 Erwerbstätig Arbeitslos Selbstvers.

5 Pensionist(in)

7 Kriegshinterbliebene(r)

9

Bitte den Namen des Kostenträgers einsetzen!

Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!

# Labor-Zuweisung

**PATIENT(IN)**

**VERSICHERUNGSNUMMER**

Patient

Tag Monat Jahr

Anschrift

Versicherter (Nur auszufüllen, wenn Patient ein Angehöriger ist.)

Tag Monat Jahr

Beschäftigt bei (Dienstgeber, Dienstort)

DIAGNOSE:

ERGÄNZUNGEN:

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

+

Adressfeld

+

## Serum

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> CRP          | <input type="checkbox"/> Alkalische Phosphatase |
| <input type="checkbox"/> ASLO         | <input type="checkbox"/> OT                     |
| <input type="checkbox"/> Rheumafaktor | <input type="checkbox"/> PT                     |
| <input type="checkbox"/> Harnsäure    | <input type="checkbox"/> gamma GT               |
| <input type="checkbox"/> Harnstoff    | <input type="checkbox"/> LDH                    |
| <input type="checkbox"/> BUN          | <input type="checkbox"/> Cholesterin            |
| <input type="checkbox"/> Kreatinin    | <input type="checkbox"/> HDL                    |
| <input type="checkbox"/> Blutzucker   | <input type="checkbox"/> Triglyzeride           |
| <input type="checkbox"/> Bilirubin    | <input type="checkbox"/> CK                     |

## TAGESNUMMER

## Harn

- Harn
- H-Kultur
- Schwangerschaftstest

## Citrat

- PTZ
- PTT
- Fibrinogen
- TT

## EDTA

- Blutbild
- Senkung
- Retikulozyten

## Stuhl

- Hämocult

- männlich
- weiblich
- Kind
- OG

Die Abrechnung der Anforderungen erfolgt laut Vereinbarung.

+

0603

+