

Krankenkasse		
Name Vorname des Versicherten		Geb. am
Kassen-Nr	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten Nr	Arzt Nr	Datum



**MVZ Medizinisches Labor Rosenheim**  
**Per FAX an: 08031-8005-55**

**Nachforderungsformular**

**Für das Facharztlabor**

**Für die Laborgemeinschaft**

Bitte denken Sie an die Nachreichung  
des Überweisungsscheins Muster 10.

<b>Auftragsnummer/Barcode</b>	
-------------------------------	--

Parameter: (bitte leserlich ausfüllen)

Praxisstempel und Datum:

Probenrückstellung analysierter Proben erfolgt im MVZ Labor Rosenheim für:

Serum-Proben: 6 Tage

EDTA-Proben: 3 Tage

Citrat-Proben: 1 Tag

Urin-Proben: 3 Tage

Wir weisen Sie darauf hin, dass einige Parameter nur begrenzt stabil sind.

Wird vom Labor ausgefüllt:

Eingang am:	bearbeitet am:
Archiv:	Kürzel: