

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

Nachforderung von Laboruntersuchungen per Fax

**Dieses Originaldokument verbleibt bei Ihnen.
Bitte NICHT ins Labor schicken, sondern
ausschließlich schriftlich per Fax nachfordern!
Fax (0631) 3 03 24 - 334**

Vertragsarztstempel/Unterschrift überw. Arzt

Nachforderung Facharzt (Muster 10-Überweisung)



Qualität
im ärztlichen
Labor

MEDIZINISCHES
VERSORGUNGSZENTRUM
Dr. Klein Dr. Schmitt & Partner
Brüsseler Straße 1
67657 Kaiserslautern

Barcode Nr.
(optional)

Parameter

1.

2.

3.

4.

Nachforderung Laborgemeinschaft(en) (Muster 10a/Karte)

Labor
Gemeinschaft
Pfalz



Laborgemeinschaft(en) Pfalz
Luxemburger Straße 2
67657 Kaiserslautern

Barcode Nr.
(zwingend)

Parameter

1.

2.

3.

4.
