

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

## Begleitschein für Kinderproben bei Kleinstmengen



**BIOSCIENTIA**

LABOR SAAR

Otto-Kaiser-Str. 8a | 66386 St.Ingbert | Tel.: 06894 9550-100

**Auftragsnummer des Labors**

Hier bitte sorgfältig  
Barcode-Etikett einkleben!

Geschlecht

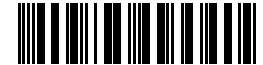
<input type="checkbox"/>	W=weiblich
<input type="checkbox"/>	M=männlich
<input type="checkbox"/>	D=divers
<input type="checkbox"/>	X=unbestimmt

Abnahmedatum

--	--	--	--	--	--	--	--

Abnahmezeit

--	--	--	--	--	--	--	--



0010 1114 00

**Bitte die Analytik in der folgenden Reihenfolge abarbeiten:  
(Gewichtung: 1.=sehr wichtig, 2.= wichtig usw.)**

### Auftrag:

1. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

6. \_\_\_\_\_

Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt