

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

Nachforderung

Auftragsnummer des Labors



1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

LABOR
GEMEINSCHAFT
SAAR

Otto-Kaiserstr. 8a, 66386 St.Ingbert

Tel.: 06894 / 9550 100

Fax: 06894 / 9550 418

Geschlecht

W

M



0010 1087 00

Befund eilt

<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt

Nachforderung LG Beleg Typ: 1087 Version: 0