

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

Nachforderung



Otto-Kaiserstr. 8a | 66386 St.Ingbert | Tel.06894 9550-100 | FAX: 06894 9550-418

Auftragsnummer des Labors



111111111

Geschlecht

W=weiblich
 M=männlich
 D=divers
 X=unbestimmt



0010 1087 02

<input type="checkbox"/>	Befund eilt
<input type="checkbox"/>	<hr/>

Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt

Nachforderung LG_Bioscientia BelegTyp:1087 Version:2