



Universitätsmedizin Greifswald - AÖR-

Friedrich Loeffler Institut für Medizinische Mikrobiologie

Ferdinand- Sauerbruch- Straße

17475 Greifswald

Bitte zurück faxen an:

(Fax muss vor Beginn der Untersuchung vorliegen)

Fax MIBI Bakteriologie: 03834 86 5583 oder

Fax MIBI Virologie: 03834 86 5549

Einsender (Datum, Stempel, Unterschrift):

.....
.....
.....

Befundadresse (falls abweichend vom Einsender):

.....
.....
.....

Patientendaten:

Name, Vorname:

Geb.-Datum:

Sonstiges:

Anforderung und Kostenübernahme

Wir bitten hiermit einmalig um folgende Untersuchung:

Untersuchungswunsch:

Material:

Abnahmedatum:

Unsere erbrachten Leistungen werden wir nach DKG-NT Faktor: 1,0 berechnen.

Mit Ihrer Unterschrift stimmen Sie der Kostenübernahme zu.

Datum, Unterschrift: