



Auftragsschein ZÄHNE

Name

Vorname

Geburtsdatum

Strasse/Nr.

PLZ/Ort

TEL:

Geschlecht W M

Rechnung an: Patient Kr.K. Spital Andere

Kopie(n) an:

Einsendender Arzt

Entnahmeort

1)

2)

3)

4)

5)

SCHNELLSCHNITT

TEL:

Klinische Angaben

Entnahmedatum_____

