



## Auftragsschein AUGEN · MUND · NASE · OHR

Name

Vorname

Geburtsdatum

AHV: \_\_\_\_\_

Strasse/Nr.

PLZ/Ort

TEL:

Geschlecht  W  M

Versicherung:

Patienten ID:

Vers.-Nr:

Rechnung an:  Patient  Kr.K.  Spital  Andere

Kopie(n) an:

Einsendender Arzt

PDFO ORLE.pdf - v1.1 - 03.09.2020

### Entnahmeort

1)

2)

3)

4)

SCHNELLSCHNITT

TEL:

### Klinische Angaben

Entnahmedatum \_\_\_\_\_

