



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 - V:1.1 - 03.09.2020

Entnahmeort

1)

2)

3)

4)

SCHNELLSCHNITT

TEL:

Klinische Angaben

Entnahmedatum _____

