

	ÖGK			Andere Kostenträger	1 Erwerbstätig Arbeitslos Selbstvers.	5 Pensionist/in	7 Kriegshinter- bliebene/r	9		
Bitte den Namen des Kostenträgers einsetzen!					Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!					

## Labor/Pathologie-Zuweisung

<p>Familienname</p> <p>Patient/in</p>	<p>Vorname</p>	<p>Versicherungsnummer</p> <div style="border: 1px solid gray; width: 40px; height: 20px; background-color: #ccc; margin: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid gray; width: 40px; height: 20px; background-color: #ccc; margin: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid gray; width: 40px; height: 20px; background-color: #ccc; margin: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid gray; width: 40px; height: 20px; background-color: #ccc; margin: 5px;"></div> <p style="text-align: center;">Tag Monat Jahr</p>	<p>Vermutungsdiagnose</p> <hr/> <hr/> <hr/> <p>Zu untersuchen</p> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>Anschrift</p>	<p>Versicherte/r (Nur auszufüllen, wenn Patient/in ein/e Angehörige/r ist)</p> <div style="border: 1px solid gray; width: 40px; height: 20px; background-color: #ccc; margin: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid gray; width: 40px; height: 20px; background-color: #ccc; margin: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid gray; width: 40px; height: 20px; background-color: #ccc; margin: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid gray; width: 40px; height: 20px; background-color: #ccc; margin: 5px;"></div> <p style="text-align: center;">Tag Monat Jahr</p>		<hr/> <hr/> <hr/>
<p>Beschäftigt bei (Dienstgeber/in, Dienstort)</p>	<p>Durchgeführte Untersuchungen Vom Laboratorium auszufüllen!</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		<p>Anmerkung der Ärztin/des Arztes</p> <hr/> <hr/>
<p>Datum _____ Datum _____</p>			<p style="text-align: center;">Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes, der die Untersuchung durchgeführt hat</p>
<p style="text-align: center;">Stempel und Unterschrift der/des zuweisenden Ärztin/Arztes</p>			

VORSORGEUNTERSUCHUNG