

**Auftraggeber
(Stempel)**

Kostenträger
 Auftraggeber / Einsender
 Arbeitgeber
 Berufsgenossenschaft

 Privatpatient (bitte Anschrift angeben)
 Überweisungsschein
 sonstiges

Frau
Prof. Dr.med. A. Kaifie-Pechmann
**Institut u. Poliklinik für Arbeits-, Sozial-
und Umweltmedizin der Universität**
Erlangen – Nürnberg
Henkestrasse 9-11 / 1Stock / Ost

Laborleitung:
Tel. 09131/85-2-61 21 (Prof. Dr. Göen)
Tel. 09131/85-2-23 65 (Herr Müller)
Tel. 09131/85-2-61 25 (Laborsekretariat)
Fax: 09131/85-2-61 35

91054 Erlangen

Untersuchungsauftrag

Auftrag nur mit
Unterschrift gültig!

Beschäftigungsfirma:
(Arbeitgeber)

Arbeitsplatz

eingesandtes

Untersuchungsmaterial Vollblut (EDTA) Serum / Plasma Harn Erythrozyten

Datum der Probenahme:

gewünschte Untersuchungen:

Name	Vorname	Geburtsdatum	Raucher/ Nichtraucher	Intern

Unterschrift des Auftraggebers: _____