

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb.am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Geschlecht:

M

W

D

Gemeinschaftspraxis für Laboratoriumsmedizin



Labor Dr. med. M. Adamek

Zietenstr. 8; 40476 Düsseldorf

Tel.: 0211-54 55 58-50; Fax: 0211-54 55 58-51

E-Mail: empfang@immulab.de

www.immulab.de

Einsender (Stempel):

Befundübermittlung:

Brief:

Fax:

Email:

Telefon:

EDTA-Blut: entnommen am: _____ um: _____ Uhr

Serum: entnommen am: _____ um: _____ Uhr

Diagnose/ klinische Fragestellung:

Früherkennung von Mesotheliomen bei anerkannter BK-Nr. 4103

Kostenträger:

Berufsgenossenschaft

Mesotheliom-Biomarker:

Kombinationsdiagnostik Mesothelin und Calretinin (bei auffälligen Werten zusätzlich Cystatin C und Cystatin-C-GFR)

weitere gewünschte Untersuchungen, Bemerkungen: _____