Labor Brunner

**Name d. Praxis:** **Ansprechpartner-/in:**

# Nachforderungen (Fax Nr. 07531-8173-99)

| **Patient** (Nachname, Vorname) | **Geb.datum Labornummer** | **Gewünschte Nachforderung(en)** | | | | Ggf. **Kommentar** vom Labor | NK |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Facharzt | 10A | Bunt | IGEL | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

**ACHTUNG: Nachforderung**
**- NICHT möglich bei:** **Ammoniak, Spezialgerinnung, Vitamin C**
**- NUR am gleichen Tag:** **PTT, Glukose und Kalium aus Vollblut, C-Peptid, Insulin**