

# NACHBESTELLUNG VON ANALYSEN

Gilt für den Standort: **Buchs**

Einsender: .....

**Bitte Nachbestellung per Fax oder telefonisch:**

Fax: 058 523 31 94

Tel: 058 523 31 00

**NOTFALL** (Tel: 058 523 31 00)

reguläre Nachbestellung

Auftragsnummer: .....

Patientenname  
und -vorname: .....

Geburtsdatum: .....

Entnahmedatum: .....

Zusätzliche Analysen: .....

(bitte Druckbuchstaben!) .....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Datum: .....

Visum: .....