

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Fax-Anforderungsnachtrag

LG Augsburg
 Speziallabor

Fax-Nummer: 0821/41 46 69

Patienten-Nr.:

Arztnummer:

Arztkürzel:

Abrechnungsmodus:

EBM Bitte Überweisungsschein z. H. Abteilung Abrechnung!

Privat

Einsender

Arztstempel, Datum und Unterschrift überw. Arzt

Untersuchung:
