

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
geb. am						
Kassen-Nr.	Versicherten Nr.		Status			
Vertragsarzt Nr.	VK gültig bis		Datum			

Untersuchungsantrag Direkte Immunfluoreszenz

Prof. Dr. med. Michael Tronnier
Hautklinik
Helios Klinikum Hildesheim GmbH
Senator-Braun-Allee 33
31135 Hildesheim
Tel.: 05121 / 894-2802 Fax: 05121 / 894-2805
e-mail: dermapath.hildesheim@helios-gesundheit.de

Entnahmedatum:

ambulant
stationär
Privat

Entnahmelokalisation:	Gewünschte Untersuchung: <input type="checkbox"/> Anti-IgG <input type="checkbox"/> Anti-IgM <input type="checkbox"/> Anti-IgA <input type="checkbox"/> Anti-C3 <input type="checkbox"/> Anti-Fibrinogen <input type="checkbox"/> _____
Klinik Befund / Anamnese:	
Verdachtsdiagnose(n):	Stempel und Unterschrift Einsendende(r) Ärztin / Arzt
Kommentar:	

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
geb. am						
Kassen-Nr.	Versicherten Nr.		Status			
Vertragsarzt Nr.	VK gültig bis		Datum			

Untersuchungsantrag Direkte Immunfluoreszenz

Prof. Dr. med. Michael Tronnier
Hautklinik
HELIOS Klinikum Hildesheim GmbH
Senator-Braun-Allee 33
31135 Hildesheim
Tel.: 05121 / 894-2802 Fax: 05121 / 894-2805
e-mail: dermapath.hildesheim@helios-gesundheit.de

Entnahmedatum:

ambulant
stationär
Privat

Entnahmelokalisation:	Gewünschte Untersuchung: <input type="checkbox"/> Anti-IgG <input type="checkbox"/> Anti-IgM <input type="checkbox"/> Anti-IgA <input type="checkbox"/> Anti-C3 <input type="checkbox"/> Anti-Fibrinogen <input type="checkbox"/> _____
Klinik Befund / Anamnese:	
Verdachtsdiagnose(n):	Stempel und Unterschrift Einsendende(r) Ärztin / Arzt
Kommentar:	