

Privatärztliche Laborgemeinschaftl. : 0761-31905-0 Teilbefund

Patient: 0418133 Butsch, Alexander
Einsender: Dres. med. Florentin Thum/W. Deißler
79117 Freiburg
Fax: 076160252
Ausg.: 03.02.20
Seite: 1
Mann

GOÄ	Untersuchung	Messwert	Einheit	Referenzbereich
-----	--------------	----------	---------	-----------------

Schein o. Anforder. OFFEN

Wir erhielten einen Anforderungsschein ohne Angabe der
gewünschten Untersuchung(en). Bitte teilen Sie uns Ihre
Anforderungen als FAX auf die Nr. 0761/31905-227 mit.

* = Wert kontrolliert