

Auftrag zur Mycoplasmendetektion

Direktor

Dr. med. J. Fischer

Immungenetisches Labor

Dr. rer. nat. J. Enczmann

Telefon 0211-81-18684/19533

FAX 0211-81-19109

Annahmezeiten für Probenmaterial: Mo-Do von 8:00 – 14:30, Fr 8:00 – 14:00

Probandaten:

(Bitte vollständig und in Blockschrift ausfüllen)

Probenbezeichnung: _____

Passage: _____

Entnahmedatum: _____

(Nicht vom Auftraggeber auszufüllen)

Labor-Nr:

Eingangsdatum:

Erfaßt von:

Gewünschte Untersuchungen:

Mycoplasmendetektion

(5ml zellhaltiger Kulturüberstand)

Befundempfänger (Stationsstempel):

Telefon:

Rechnungsempfänger/Krankenkasse/Kostenträger:

Bitte für jede Probe einen eigenen Auftragsschein nutzen.

Die Identität der entnommenen Probe mit dem Inhalt des/der Probenröhrchen wird bestätigt.

Verantwortlicher Arzt

(Druckbuchstaben)

Datum

Unterschrift und Stempel

Hausanschrift: Universitätsklinikum Düsseldorf, Geb. 14.80, Moorenstr. 5, 40225 Düsseldorf