

Identitätsbestätigung für Blutgruppe oder Antikörper Test

Hiermit bestätige ich, dass die Blutröhrchen der Abnahme

vom: _____

Auftragsnummer: _____

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

dem obengenannten Patienten zu zuordnen sind.

Datum, Unterschrift (Stempel)

Rücksendung per Fax: 089/54308-666