

Antragsformular zur Kostenträgeränderung auf Praxiswunsch

Bitte füllen Sie dieses Formular gut leserlich und vollständig aus und faxen Sie das ausgefüllte Formular an folgende Fax-Nummer: 089/54308-272

Für den Laborauftrag mit der Auftragsnummer _____

beantragen wir die Änderung des Kostenträgers.

Achtung!

Bei online (ixserv) Aufträgen muss eine neue 400.... Nummer mit den richtigen Patientendaten und Untersuchungen vergeben und angelegt werden. Ohne neue Auftragsnummer kann das Labor den Antrag nicht bearbeiten.

neue Auftragsnummer:	
Patientenname:	
Ansprechpartner Name/Telefonnummer:	

neuer Kostenträger*	
Patientenadresse	

*bei Kassenpatienten bitte zwingend neuen Überweisungsschein einreichen



Datum

Unterschrift

Praxisstempel