

## Probennachweis

Klinik/Abteilung bzw. Praxis (Stempel):

Kiste Nr.: \_\_\_\_\_

Datum	Name des Patienten	Geburtsdatum	Anzahl der Gefäße	Antrag/ ggf. Überweisung liegen bei	Kürzel/ Unterschrift

Datum, Unterschrift Abholung  
 City Kurier