

Untersuchungsauftrag für **Labor Krankenhaushygiene**



Auftraggeber:	Kostenträger / Rechnungsempfänger:
Tel.:	
Beschreibung:	

Lfd.-Nr. – Material – Lokalisation:	Labornummer:

Bemerkungen:

Probenahme am:

durch:

Ort:

Datum:

Unterschrift Auftraggeber:

