



Auftragsformular Guthriekarte (CMV-PCR)

Für die Durchführung einer CMV-PCR aus Guthriekarte benötigen wir die folgenden Angaben. Bitte senden Sie dieses Formular ausgefüllt an:

Prof. Dr. med. Matthias Baumgartner, Abteilung für Stoffwechselkrankheiten, Universitäts-Kinderspital, Steinwiesstrasse 75, 8032 Zürich

Fax: 044 266 71 67 / Email Matthias.Baumgartner@kispi.uzh.ch

1. Rechnung geht an: Zutreffendes bitte ankreuzen

Auftraggeber:

Patient:

2. Angaben vom Auftraggeber

Name	
Vorname	
Institut, Krankenhaus	
Abteilung	
Strasse	
Postleitzahl und Ort	
Land (falls nicht Schweiz)	

3. Angaben vom Patient

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Strasse	
Postleitzahl und Ort Land (falls nicht Schweiz)	