

## 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, Lenggstrasse 30, 8008 Zürich, E-Mail: [matthias.baumgartner@kispi.uzh.ch](mailto:matthias.baumgartner@kispi.uzh.ch)

### 1. Rechnung geht an:

Auftraggeber

Patienten

### 2. Angaben des Patienten

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Externe Referenznummer (fakultativ)	
Strasse	
Postleitzahl und Ort	
Land (falls nicht Schweiz)	

### 3. Angaben externe Auftraggeber

Auftraggeber (Name, Vorname)	
Institut, Krankenhaus	
Abteilung	
Strasse	
Postleitzahl und Ort	
E-Mail Adresse (für Befund)	
Land (falls nicht Schweiz)	

### 4. Angaben interne Auftraggeber (Kispi)

Zuständiger Arzt (Name, Vorname)	
Abteilung	
Fallnummer	