

Probenverwechslung Formblatt, Dokument ID: FOR – 290 – V10

Universitätsmedizin Rostock (UMR), Institut für Klinische Chemie und Laboratoriumsmedizin
Institut für Medizinische Mikrobiologie, Virologie und Hygiene
Praxis für Laboratoriumsmedizin des MVZ der UMR



Betrifft Auftrag:

ILAB

oder

IMIKRO

Zurück an Faxnummer: 0381 494/

7676

oder

5902

Station/Einsender: Datum/Uhrzeit der Verwechslung:

Telefon:



Betrifft Order Entry / Lauris Auftragsnummer:

(Auftragsnummer der Fehlbestimmung)

- Falsche Patientendaten -

Name, Vorname:

Geb.-Datum:

Adresse:

Fall-Nr.:

Patienten-Nr.:

- Richtige Patientendaten -

Name, Vorname:

Geb.-Datum:

Adresse:

Fall-Nr.:

Patienten-Nr.:

Bemerkungen:

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der obenstehenden Daten und bitte um deren Korrektur im Laborsystem.



.....

Datum/Unterschrift
Arzt

Stempel/Arzt

geprüft:

korrigiert Swisslab:

korrigiert SAP:

.....
Datum/Unterschrift
Diensthabender Labor

.....
Datum/Unterschrift
Diensthabender IT

.....
Datum/Unterschrift
Diensthabender IT