

Nachmeldung für Laboruntersuchungen
Formblatt, Dokument ID: FOR-523-V10 20230614



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



X **Betrifft Auftrag:** **ILAB** **IMIKRO** **IfTM**

Station zurück an Faxnummer: 0381 494/ **7676** **5902** **7694**

MVZ zurück an mail-Adresse: labor.mvz1@umr-mvz.de
(nach Ausfüllen hier klicken)

Bitte hier ankreuzen, wenn es sich um einen medizinischen Notfall handelt!

Nachmeldungen hängen von der angeforderten Untersuchung ab und werden nur bearbeitet, wenn das geeignete Probenmaterial in ausreichender Menge vorliegt und die Nachmeldung innerhalb der präanalytisch akzeptablen Nachforderungszeit liegt.

Station/Ambulanz/MVZ

Name und Vorname des Patienten.....

Geburtsdatum

Order Entry / Lauris Auftragsnummer

Fallnummer des Patienten

Art des Materials.....

Datum/Uhrzeit der Probenabnahme/des Auftrags

Feld für (SAP) – Patientenetikett

Stempel / Unterschrift (leserlich) Arzt
od. autorisierte Person

Nachgemeldete Untersuchungen:

.....
.....
.....

Archiv-Nr. Labor:
(wird durch das Labor ausgefüllt)

Nachmeldungen dürfen nur von dafür autorisierten Personen getätigt werden!