

**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](mailto: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!**