

**Universitätsmedizin Rostock (UMR)**  
**Institut für Klinische Chemie und Laboratoriumsmedizin**  
**Institut für Medizinische Mikrobiologie, Virologie und Hygiene**  
**Laboratoriumsmedizin Rostock im MVZ der UMR**  
**Anregungen, Reklamationen und kritische Bemerkungen**  
FOR – 819- V4



Auf diesem Formblatt können alle Personen bzw. Institutionen Kommentare zur Qualität unserer diagnostischen und fachlich beratenden Leistung geben. Zur einfacheren Zuordnung bitten wir Sie die betroffene Struktureinheit durch Ankreuzen zu benennen.

\* Zutreffendes ankreuzen:

**Institut für Klinische Chemie und Laboratoriumsmedizin – Zentrallabor** (Fax: +49.381.494-7676)

- |  |   |  |   |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hämatologie       | <input type="checkbox"/> Hämotaseologie | <input type="checkbox"/> Probenmanagement      | <input type="checkbox"/> Klinische Chemie |
| <input type="checkbox"/> Proteindiagnostik | <input type="checkbox"/> Immunologie    | <input type="checkbox"/> Molekulare Diagnostik | <input type="checkbox"/> POCT             |

**Institut für Medizinische Mikrobiologie, Virologie und Hygiene** (Fax: +49.381.494-5902)

- |  |  |  |                                   |
|--|--|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bakteriologie | <input type="checkbox"/> Infektionsserologie | <input type="checkbox"/> Molekulare Diagnostik | <input type="checkbox"/> S3-Labor |
| <input type="checkbox"/> Hygiene       | <input type="checkbox"/> Probenmanagement    |  |                                   |

**Qualitätsmanagement der Institute**

**Anregungen**

Sachverhalt:

**Kritische Bemerkungen**

Sachverhalt:

**Befundreklamationen**

Name/Fallnummer des Patienten:

Auftrags-/Labornummer:

Sachverhalt:

**Datum:**

**Einsender/Unterschrift:**