

Anregungen, Reklamationen und kritische Bemerkungen Formblatt, Dokument ID: FOR-819-V5 20220309



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



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 | | |

Institut für Transfusionsmedizin (Fax: +49.381.494-7694)

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> HLA-Labor (Serologie) | <input type="checkbox"/> Molekulare Diagnostik | <input type="checkbox"/> Thrombozyten-Labor | <input type="checkbox"/> Rufbereitschaft |
| <input type="checkbox"/> Blutspende | <input type="checkbox"/> Herstellung | <input type="checkbox"/> Prüfung/Freigabe | <input type="checkbox"/> Transfusionsserologie |
| <input type="checkbox"/> Qualitätskontrolle | <input type="checkbox"/> Vertrieb | | |

Qualitätsmanagement der Institute

Anregungen

Sachverhalt:

Kritische Bemerkungen

Sachverhalt:

Befundreklamationen

Name/Fallnummer des Patienten:

Auftrags-/Labornummer:

Sachverhalt:

Datum:

Einsender/Unterschrift: