

**Probenverwechslung**  
**Formblatt, Dokument ID: FOR-290-V14** 20240116



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



**Betrifft Auftrag:**

**ILAB**

**IMIKRO**

**IfTM**

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

**5951**

**7694**

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

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: ..... Nummer von abgeschlossenem IT-Ticket zur Korrektur im DV-System: .....

.....  
Datum/Unterschrift  
Diensthabender Akademiker ILAB/IMIKRO/IfTM

**Hinweis: Bearbeitungszeit bis zu 2 Tage!**