

LABORARZTPRAXIS OSNABRÜCK	Qualitätsmanagement- Formblatt	ÄRZTLICHES GEMEINSCHAFTS- LABOR
QMF-5040-06 Patienten-Probenverwechslung.docx		

Falsche Patientendaten:

Name, Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Geschlecht M W U Divers

Adresse

alte Auftragsnummer

Richtige Patientendaten:

Name, Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Geschlecht M W U Divers

Adresse

neue Auftragsnummer
bitte tragen Sie hier nicht die alte Auftragsnr. ein

Bemerkungen: _____

Bitte schicken Sie **dieses Formular, unterschrieben** (von einem Arzt), mit einem **neuen Auftragschein** vorab per Fax an 05401-3391-329.

Datum, Unterschrift:

Einsendender Arzt

Intern durch Labor auszufüllen:

KOBE durchgeführt: Ja Nein nicht erforderlich

Datum, Unterschrift Korrektur durchgeführt

Weitergeleitet an Abrechnung Ja Nein Neuer Auftragschein ja nein (Grund) _____

Weitergeleitet an QMB Ja Nein (Grund) _____

Eingang/Unterschrift QMB Ablage: QM-Büro

Geschrieben: B. Tietze	Überprüft: Dr. P. Kohlschein	Genehmigt: A. Hannig	
15.10.2024	15.10.2024	15.10.2024	
Kennung: QMF-5040-06 Patienten-Probenverwechslung.docx	Revision: 05	Gültig ab:	Seite 1 von 1
		15.10.2024	