Einsendeschein für krankenhaushygienische Untersuchungen

Zurück an:
Institut für Hygiene
Krankenhaushygiene-Labor
Domagkstr. 40

48149 Münster

Institut für Hygiene

Bereich Krankenhaushygiene

Kontakt
Krankenhaushygiene-Labor
T +49 251 83-55349
F +49 251 83-55688

eingesendet von (bitte ausfüllen)	**Kontaktdaten (Name):**
Stempel	**Telefon:**

Untersuchungsmaterial	Datum der Probenahme:
☐ Abklatsch/RODAC ☐ Schwamm ☐ Abstrich ☐ Kontrollabstrich ___ ☐ MRSA-Screening (Personal) ☐ Screening (Personal) Sonstiges _____ ☐ Desinfektionslösung ☐ Lebensmittel ☐ Sonstiges (bitte spezifizieren): _____	Probenehmende Person (deutlich lesbar) **Unterschrift**

Fragestellung	**weitere, für die Untersuchung relevanten Informationen** (z. B. Status, Kontaktpatient*in, genaue Angaben zu Station)

Genaue Probenbezeichnung	**Labor-Nummer (intern)**
	Bitte dieses Feld nicht beschriften!
	Bitte dieses Feld nicht beschriften!
	Bitte dieses Feld nicht beschriften!
	Bitte dieses Feld nicht beschriften!

Drucken Speichern

Wichtiger Hinweis: Dieser Ausdruck ist eine unkontrollierte Kopie. Gültig ist nur die aktuelle Version in Nexus Curator Labor.