

Probenanforderung

Zentrale Einrichtung UKM Labor
Zentraler Servicepunkt

Fax: 0251 83 4 9528

Patient/in:

Name, Vorname:			
Geb.-Datum:			
Geschlecht:			
Abnahmedatum der gewünschten Probe:			
Untersuchungsmaterial:	<input type="radio"/> EDTA-Blut	<input type="radio"/> Serum	<input type="radio"/> _____
Grund der Anforderung:	<input type="radio"/> PCR-Diagnostik	<input type="radio"/> _____	

Probenanforderung durch

Datum	Name des Mitarbeitenden	Unterschrift

<p>Das UKM Labor wird die Probe soweit verfügbar und berechtigt mit diesem Formular per Botendienst übermitteln.</p> <p><small>Hinweis: Dieses ausgefüllte Formular wird zum Zweck der Qualitätssicherung eingescannt und im LIS archiviert.</small></p>	<p style="text-align: center;"><u>Empfänger der Probe:</u></p> <p><input type="radio"/> Institut für Virologie, Von-Stauffenberg Straße 36, 48151 Münster</p> <p><input type="radio"/> _____</p> <p>_____</p>
--	---