Bitte ausgefüllt zurück per Fax: **0331-24137000**
oder persönliche Abgabe im Labor

FALSCHE Angaben		**RICHTIGE Angaben**	
Name, Vorname, Geb. Datum ***Fallnummer*** (evtl. Patientenetikett aufkleben)		Name, Vorname, Geb. Datum ***Fallnummer*** (evtl. Patientenetikett aufkleben)	

Sample-ID Soarian /Auftragsnummer:…… (inkl. Datum und Uhrzeit)
Wichtig, ohne Auftragsnummer/n keine Korrektur möglich!

- ☐ **Auftrags-Stornierung**
- ☐ **richtige** Fallnummer in den Auftrag übernehmen
- ☐ **Namen-/ Geb.-Dat. Korrektur**
- ☐ **Sonstiges:……...**

Station/Telefon:.....

……...……..…….....
Datum Name in Druckbuchstaben Unterschrift

vom Labor durchgeführte Maßnahmen

Auftragsnummer:……....

Labor / Arbeitsplatz:……..……

Bemerkungen zur Maßnahme:.....

Durchgeführt: .....
Datum / Uhrzeit Mitarbeiter Unterschrift