

Meldung Patient*innen-/Probenverwechslung

Fax: 0316/385 79648

E-mail: hyg-kanzlei@medunigraz.at

Datum: _____

- Bei nachfolgendem Auftrag liegt eine Patient*innen- bzw. Probenverwechslung vor. Wir bitten darum, die Ergebnisse zu unten angeführter Auftragsnummer zu löschen, sodass sie nicht mehr der folgenden Person zugeordnet werden können:

Auftragsnummer:	
Einsender*in:	
Patient*in (Name, Vorname):	
Geb.-Datum:	
Sozialversicherungsnummer:	

- Bitte um Korrektur der unten angeführten Patient*innendaten aufgrund von schwer- bzw. nichtwiedergewinnbarem Untersuchungsmaterial (z.B. Liquor, operativ entnommenes Material oder Probenmaterial von Kleinkindern). Für die korrekte und zweifelsfreie Zuordnung zum*zur richtigen Patient*in übernehme ich die Verantwortung.

Auftragsnummer:	
Einsender*in:	

Angaben falsche*r Patient*in (=> wird von Befund gestrichen)

Patient*in (Name, Vorname):	
Geb.-Datum:	
Sozialversicherungsnummer:	

Angaben richtige*r Patient*in (=> wird auf Befund als Patient*in aufgenommen)

Patient*in (Name, Vorname):	
Geb.-Datum:	
Sozialversicherungsnummer:	

Bemerkung:	
------------	--

Datum

(Stempel & Unterschrift der Ordination/Ärzt*in/Abteilung)