

Begleitschein für Untersuchungen
aus Arzneimittelproduktionsstätten in Anstaltsapotheken, der Universitätsklinik f. Blutgruppenserologie und
Transfusionsmedizin (Graz) bzw. Bereichen mit ebensolchen Qualitätsanforderungen

| | |
|----------------------|---|
| Einsender: (Stempel) |  |
| Tel. Nr. | |

| | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> überbrachte Probe | <input type="checkbox"/> Probenahme u. Transport durch Inspektoren des IKM Transportkriterien gem. VA 1010.5220 erfüllt | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
|--|--|--|

| | | |
|--|---|--|
| Abklatsche <input type="checkbox"/> Caso-Agar <input type="checkbox"/> Sabouraud-Agar | Sedimentationsplatten <input type="checkbox"/> Caso-Agar <input type="checkbox"/> Sabouraud-Agar | Luftkeimuntersuchung mittels Gerät, /1050 L <input type="checkbox"/> Gerät 1 <input type="checkbox"/> Gerät 2 <input type="checkbox"/> Gerät 3 <input type="checkbox"/> kein IKM Gerät <input type="checkbox"/> Caso-Agar <input type="checkbox"/> Sabouraud-Agar |
|--|---|--|

| Nr. | Abteilung/Zimmer | Chargenr./ Ablaufdatum | Bezeichnung der Probe |
|-----|------------------|---------------------------|-----------------------|
| 1 | | | |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |

Proben abgenommen von:

| | | |
|--------------------|------------------------|--------------|
| | | |
| Datum (dd.mm.jjjj) | Name (BLOCKBUCHSTABEN) | Unterschrift |