


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