


Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.  
**INSTITUT für KRANKENHAUSHYGIENE  
 und MIKROBIOLOGIE**  
 Ärztlicher Direktor: Prim. Dr. Klaus Vander  
 8010 Graz, Stiftingtalstraße 16  
 Tel. 0316/340-5720, Fax: 5703

Laboretikett

**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
--	--

<b>Abklatsche</b> <input type="checkbox"/> Caso-Agar <input type="checkbox"/> Sabouraud-Agar	<b>Sedimentationsplatten</b> <input type="checkbox"/> Caso-Agar <input type="checkbox"/> Sabouraud-Agar	<b>Luftkeimuntersuchung mittels Gerät, /1050 L</b> <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
--	---	--

**BITTE GUT LESERLICH IN BLOCKBUCHSTABEN SCHREIBEN!**

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

Proben abgenommen von:

Datum	Name (BLOCKBUCHSTABEN)	Unterschrift	Befunder