

## Reklamation

<i>Optional</i>	
Praxis / Abteilung / Bereich:	
Anschrift:	
Tel.:	
Name:	
Betroffener Laborbereich: <input type="checkbox"/> Autoimmunologie <input type="checkbox"/> Dermatohistopathologie <input type="checkbox"/> Immunhistochemie <input type="checkbox"/> Mykologie <input type="checkbox"/> Serologie	Reklamationsgrund:  <hr/> Korrekturwunsch:
Vom Labor auszufüllen	Lfd. Nr.:
Entgegennahme: Datum und Uhrzeit:	Arbeitsbereich: Mitarbeiter:
<input type="checkbox"/> Beschwerde (Ausdruck einer Unzufriedenheit) <input type="checkbox"/> Einspruch (Bitte um Korrektur eines Befundes)	
Eingeleitete Maßnahmen: Mitarbeiter Datum und Uhrzeit	
Informationsweitergabe Datum und Uhrzeit	Mitarbeiter: Informationsempfänger:
Kenntnisnahme des QMB Datum und Uhrzeit	QMB