



## Formblatt Patientenverwechslung/Datenänderung bei Laborproben für Arztpraxen

Wir bitten um vollständige Ausfüllung und Rücksendung an das MVZ Labor Koblenz.

Praxisname: \_\_\_\_\_

Patientenverwechslung

Datenänderung

### Checkliste der erforderlichen Maßnahmen:

Erstellen eines neuen Auftrags (Anforderungen des falschen Auftrags übernehmen)

Überweisungsschein mit einreichen bzw. Signatur direkt durchführen. (Erst dann erfolgt eine Änderung.)

Bei Blutgruppe/Hepatitis C/HIV werden wir uns nochmal mit Ihnen in Verbindung setzen, da eine Änderung ggf. nicht möglich ist und neues Material eingeschickt werden muss.

**Bei meldepflichtigen Erregern gem. § 7 IfSG:**

Hiermit bestätige ich, dass zuständige Gesundheitsamt über die Patientenverwechslung informiert zu haben.

Unterschrift: \_\_\_\_\_

### Tragen Sie bitte die Patientendaten und die jeweilige Auftragsnummer in die folgende Tabelle:

<b>Falscher Patient:</b>
Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Datum: _____

  

<b>Richtiger Patient:</b>
Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____
Datum: _____

<b>Falsche Auftragsnummer:</b>
Auftragsnummer: _____

  

<b>Richtige Auftragsnummer:</b>
Neue Auftragsnummer: _____

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Ansprechpartner/in

\_\_\_\_\_  
Rückrufnummer

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Faxen Sie bitte alle erforderlichen Unterlagen vorab an die Nummer 0261 30405-78. Die Originale legen Sie bitte in einen Umschlag adressiert an „EDV“ in die Materialtüte. Vielen Dank.

Änderung erfolgt unter ursprünglicher Auftragsnummer. Bitte im Praxissystem die Übermittlung der Befunddaten an den richtigen Patienten prüfen. Bei Fragen melden Sie sich unter der Telefonnummer 0261 30405-997.