**FAX: 04049510654**

**Betrifft: Abnahmefehler / Patientenverwechslung**

Bei der/den Auftragsnummer/n:

Patientenname:

**Wenn vorhanden bitte Patientenetikette**

Einsender:

**Wenn vorhanden bitte Betriebsstellenetikette**

Datum der Verwechslung:

ist die Patientenidentifikation nicht gesichert.

Der eventuell ausgedruckte Befund muss vernichtet werden.

Bitte die Werte aus dem AKIM und KIS löschen.

Mit bestem Dank und freundlichen Grüßen

**Abteilungsstempel und Unterschrift des/der diensthabenden Arztes/Ärztin**

**Name in Blockbuchstaben**