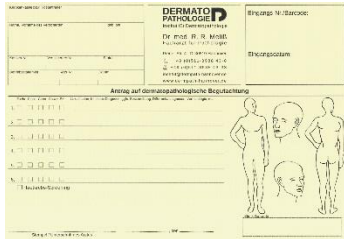
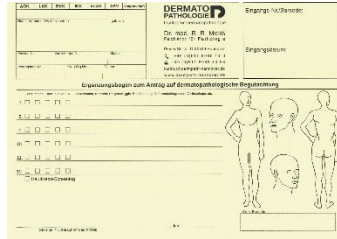


<b>Qualitätsmanagementdokumentation</b>		P	D	C	A
Institut für Dermatopathologie Peiner Straße 4 30519 Hannover Tel +49(0)511-898843-0 Fax +49(0)511-898843-33 E-Mail: institut@dermpath-hannover.de www.dermpath-hannover.de		Mitgeltend für: <input checked="" type="checkbox"/> Institut für Dermatopathologie <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Institut für Pathologie <sup>2</sup> <input type="checkbox"/> Dermatohistologisches Labor Buchholz <sup>3</sup> <input type="checkbox"/> Hautarztpraxis Buchholz <sup>4</sup>			
		1, 2: Peiner Str. 4, 30519 Hannover 3, 4: Zweigpraxis Buchholz, Lindenstr. 12, 21244 Buchholz			
<b>Bestellformular Dermatopathologie</b>		<b>Anlage 4 zu Kundenbetreuung / QMH</b>			



Antrag auf dermatopathologische Begutachtung (Dr. Meliÿ)

Menge: \_\_\_\_\_



Ergänzungsbogen zum Antrag, ab dem 7. Gefäß (Dr. Meliÿ)

Menge: \_\_\_\_\_



Blaue Versandtüten mit Verschlussklammern und auslauf-sicheren Klarsichthüllen für die ProbengefäÙe

Menge: \_\_\_\_\_



Röhrchen 10 ml formalingefüllt (Dr. Meliÿ)

Menge: \_\_\_\_\_



Gefäß 20 ml formalingefüllt (Dr. Meliÿ)

Menge: \_\_\_\_\_



Gefäß 35 ml formalingefüllt (Dr. Meliÿ)

Menge: \_\_\_\_\_



Gefäß 100 ml formalingefüllt (Dr. Meliÿ)

Menge: \_\_\_\_\_



Gefäß 200ml (Dr. Meliÿ)

Menge: \_\_\_\_\_



Gefäß 1000ml für faustgroÙe Proben (Dr. Meliÿ)

Menge: \_\_\_\_\_

Absender (Praxisstempel):

Datum der Bestellung:

<b>INTERN</b>	
Datum der Erledigung:	Erledigt von:

Erstellt: Dr. J. K. Münzner Datum/Unterschrift 25.07.2023	Geprüft: U. Debes Datum/Unterschrift 25.07.2023	Freigegeben: Dr. R.R. Meliÿ Datum/Unterschrift 26.07.2023
---	---	---