

Einsendeschein Prüfung Sterilität/Mikrobiologische Prüfung

Zurück an:
Institut für Hygiene
Krankenhaushygiene-Labor
Domagkstr. 40

48149 Münster

Institut für Hygiene
Bereich Krankenhaushygiene

Kontakt
Krankenhaushygiene-Labor
T +49 251 83-55349
F +49 251 83-55688

Stempel	Kontaktdaten (Name): Telefon:
---------	--

Untersuchungsmaterial <input type="checkbox"/> Arzneimittel (Prüfung auf Sterilität Ph. Eur. 2.6.1) <input type="checkbox"/> Blutprodukt (Mikrobiologische Prüfung Ph. Eur. 2.6.27) <input type="checkbox"/> Serumaugentropfen (Mikrobiologische Prüfung Ph. Eur. 2.6.27) <input type="checkbox"/> Transfusionszwischenfall <input type="checkbox"/> Schwerwiegend <input type="checkbox"/> Sonstiges (bitte spezifizieren): Ist bei dem Probematerial mit einer antimikrobiellen Aktivität zu rechnen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Datum der Probenahme: Probenehmende Person (deutlich lesbar) Unterschrift Nur für internen Gebrauch (nur außerhalb der regulären Laborzeiten eintragen): Datum und Uhrzeit des Inkubationsbeginns: Mitarbeiterdenkürzel:
---	---

Genauere Probenbezeichnung	Herstellungsdatum	Labor-Nummer (intern)
		Bitte dieses Feld nicht beschriften!
		Bitte dieses Feld nicht beschriften!
		Bitte dieses Feld nicht beschriften!
		Bitte dieses Feld nicht beschriften!

Erstellt von	Geprüft von	Freigegeben von/am	Seite
Adolf, Tanja	Schwiezeck, Vera (inhaltlich) Adolf, Tanja (formal)	Mellmann, Alexander am 26.03.2026	1 von 1