



Durch den Einsender auszufüllen!			
<b>Datum:</b>	<b>Name:</b>	<b>Station:</b>	
<input type="checkbox"/> Mitteilung	<input type="checkbox"/> Vorschlag	<input type="checkbox"/> Beschwerde	
Sachverhalt:			
Durch das Labor auszufüllen!			
<b>Datum:</b>	<b>Bearbeiter:</b>	<b>HZ:</b>	
<b>Bewertung:</b>	<input type="checkbox"/> nicht kritisch <input type="checkbox"/> kritisch		
	<input type="checkbox"/> ohne Maßnahmen <input type="checkbox"/> Maßnahmen erforderlich		
<b>erforderliche Maßnahmen:</b>	<b>Beauftragter Mitarbeiter</b>	<b>Termin/ Frist</b>	<b>Hand- zeichen</b>
ggf. Erläuterungen zur Umsetzung der Maßnahmen/zu den Ergebnissen:			
<b>Datum:</b>	<b>Unterschrift Klin. Direktor Labor</b>	<b>Unterschrift QMB Labor</b>	
<input type="checkbox"/> Übergabe an Beauftragten für interne Audits			<b>Datum:</b>
<b><u>Maßnahmenprüfung</u></b>			
<b>Datum:</b>			
<b>Maßnahmen erfüllt:</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
<b>Ergebnis:</b>	<input type="checkbox"/> erfolgreich	<input type="checkbox"/> nicht erfolgreich	
<b>Bemerkungen:</b>			
<b>Datum:</b>	<b>Unterschrift Klin. Direktor Labor</b>	<b>Unterschrift QMB Labor</b>	
<b>Verteiler:</b>	<input type="checkbox"/> Einsender <input type="checkbox"/> klin. Direktor Einsender <input type="checkbox"/> PDL <input type="checkbox"/> Krhs-QMB <input type="checkbox"/> CIRS-Team		