



KUNDENINFORMATION

Einladung zur Schulung

THEMA

Präanalytik

Mittwoch
03.06.2026
15:00 Uhr

INHALTE

Das Laborergebnis ist stark abhängig von der Qualität der eingesandten Probe. Damit Sie das Optimum aus Ihrem Laborauftrag herausholen, wollen wir Ihnen die wichtigsten Aspekte der Präanalytik näherbringen.

In ca. 90 Minuten besprechen wir:

- Themen rund um die Blutentnahme
- Warum ist Präanalytik so wichtig
- Tipps und Tricks bei der Blutentnahme
- Antworten zu laborspezifischen Fragen
- Diskussion

Im Anschluss an die Schulung kann an einer künstlichen Vene die Blutentnahme geübt und erprobt werden. Zusätzlich wird eine Laborführung angeboten.

Jeder Teilnehmer erhält im Anschluss eine Teilnahmebestätigung.

INFORMATIONEN

Termin

Mittwoch, 03.06.2026, 15:00-16:30 Uhr

Ort

Labor Staber, Bremer Str. 9, 01665 Klipphausen

Referentin

Firma Sarstedt, Frau Schönherr

Anreise

Sie erreichen den Gewerbepark Klipphausen mit öffentlichen Verkehrsmitteln. Ab Dresden, Meißen, Wilsdruff und Nossen gibt es direkte Busverbindungen. Vor Ort sind ausreichend Parkmöglichkeiten vorhanden.

Anmeldung

Bitte nutzen Sie das umseitige Anmeldeformular und senden Sie es uns bis zum **20.05.26** ausgefüllt und unterschrieben per Fahrdienst zurück oder per Fax an: 035204 – 63555.



KUNDENINFORMATION

Anmeldung zur Schulung

THEMA

Präanalytik

+ Anmeldeschluss: 20.05.2026 +

Mittwoch
03.06.2026
15:00 Uhr

Per Fahrdienst oder Fax an Labor Staber Klipphausen, Fax 035204 – 63 555

Hiermit melde ich **verbindlich** folgende Teilnehmer zur oben genannten Schulung an:
(Bitte klar leserlich in Druckbuchstaben ausfüllen. Max 7 Teilnehmer pro Praxis)

Titel, Name, Vorname*

| | | |
|--|--|------------------------------|
| | <input type="checkbox"/> Arzt / Ärztin | <input type="checkbox"/> MFA |
| | <input type="checkbox"/> Arzt / Ärztin | <input type="checkbox"/> MFA |
| | <input type="checkbox"/> Arzt / Ärztin | <input type="checkbox"/> MFA |
| | <input type="checkbox"/> Arzt / Ärztin | <input type="checkbox"/> MFA |
| | <input type="checkbox"/> Arzt / Ärztin | <input type="checkbox"/> MFA |
| | <input type="checkbox"/> Arzt / Ärztin | <input type="checkbox"/> MFA |
| | <input type="checkbox"/> Arzt / Ärztin | <input type="checkbox"/> MFA |

Wir möchten mit _____ Person(en) an der Laborführung teilnehmen.

Praxisstempel:

Datum: _____

Unterschrift:

Telefonnr. & E-Mail für Rückfragen*: