

EINSENDEFORMULAR FÜR MIKROBIOLOGISCHE UNTERSUCHUNGEN

Barcodeetikette (Patientendaten):

Name:

Vorname:

SV-Nr./Geburtsdatum: /

Einsender (mit Tel. Nr. zuständiger Arzt):

KLINISCHE DATEN

Grunderkrankung:

Einsendegrund:

Antibiotikatherapie

ABNAHMEDATUM:

seit:

UHRZEIT (Blut und Liquor):

HARN

Untersuchungsmaterial:	Gewünschte Untersuchung:
<input type="checkbox"/> Mittelstrahlharn <input type="checkbox"/> Katheterharn <input type="checkbox"/> Nephrostomieharn <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/> Sackerharn nativ	<input type="checkbox"/> path. Keime und Antibiogramm <input type="checkbox"/> Pilze <input type="checkbox"/> Legionella/Pneumokokken AG

MRE-SCREENING

Untersuchungsmaterial:	Gewünschte Untersuchung:
<input type="checkbox"/> komb. Rachen-/Nasenabstrich <input type="checkbox"/> Hautabstrich (gepoolt) <input type="checkbox"/> Rektalabstrich / Stuhl <input type="checkbox"/> Sonstiges:	<input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> MRGN <input type="checkbox"/> VRE <input type="checkbox"/> Sonstige:

STUHL

<input type="checkbox"/> bakterielle Durchfallerreger (Salm., Shig., Campylob., Yersinia)	<input type="checkbox"/> virale Durchfallerreger (Noro, Rota, Adeno, Sapo, Astro)
<input type="checkbox"/> Clostridium difficile <input type="checkbox"/> Pilze <input type="checkbox"/> Sonstiges:	<input type="checkbox"/> VTEC/EHEC <input type="checkbox"/> Helicobacter pylori Antigen

AUGE / OHR

Untersuchungsmaterial:	Gewünschte Untersuchung:
<input type="checkbox"/> Ohrabstrich <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/> Bindehautabstrich <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/> Hornhaut <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/> Sonstiges:	<input type="checkbox"/> path. Keime u. Antibiogramm <input type="checkbox"/> Pilze

VARIA

Untersuchungsmaterial:	Gewünschte Untersuchung:
<input type="checkbox"/> Wundabstrich von: <input type="checkbox"/> Vaginal-/Cervixabstrich <input type="checkbox"/> Ejakulat <input type="checkbox"/> Urethraabstrich <input type="checkbox"/> Hautabstrich <input type="checkbox"/> Punktat v. <input type="checkbox"/> Spitze v. <input type="checkbox"/> Gewebe v. <input type="checkbox"/> Sonstiges:	<input type="checkbox"/> path. Keime und Antibiogramm <input type="checkbox"/> Pilze <input type="checkbox"/> A-Streptokokken <input type="checkbox"/> B-Streptokokken <input type="checkbox"/> Helicobacter pylori <input type="checkbox"/> Mycoplasma/Ureaplasma <input type="checkbox"/> Mikroskopie Gonokokken <input type="checkbox"/> Gram-Färbung

ATEMWEGE

Untersuchungsmaterial:	Gewünschte Untersuchung:
<input type="checkbox"/> Sputum Expektoration <input type="checkbox"/> Rachenabstrich <input type="checkbox"/> Nasenabstrich <input type="checkbox"/> komb. Rachen-/Nasenabstrich <input type="checkbox"/> Trachealsekret <input type="checkbox"/> Bronchialsekret <input type="checkbox"/> Bronchiallavage (BAL) <input type="checkbox"/> Sonstiges:	<input type="checkbox"/> path. Keime u. Antibiogramm <input type="checkbox"/> Pilze <input type="checkbox"/> A-Streptokokken <input type="checkbox"/> Legionellen <input type="checkbox"/> Influenza/RSV <input type="checkbox"/> SARS-CoV-2 (COVID-19) <input type="checkbox"/> Influenza/RSV/SARS-CoV-2 <input type="checkbox"/> Gram-Färbung

BLUTKULTUR

peripher zentral arteriell

Entnahmestelle:

LIQUOR

in Blutkultur-Flasche nativ

TUBERKULOSE / MYKOBAKTERIEN

Untersuchungsmaterial:	Gewünschte Untersuchung:
<input type="checkbox"/> Sputum Expektoration <input type="checkbox"/> Trachealsekret <input type="checkbox"/> Bronchialsekret <input type="checkbox"/> Bronchiallavage (BAL) <input type="checkbox"/> Pleura <input type="checkbox"/> Sonstiges:	<input type="checkbox"/> Ziehl Neelsen <input type="checkbox"/> TBC-Kultur

Vom Labor auszufüllen