

ANWEISUNG ZUR MIKROBIOLOGISCHEN UNTERSUCHUNG

Patient: Familienname Vorname (in Blockschrift)

Geburtsname:

Geburtsdatum:

Vers.Nr.:

PLZ:

Wohnort:

Straße:

Entnahmedatum: _____ Entnahmezeit: _____

Lagerung: gekühlt Raumtemperatur vorbebrütet (36°C) seit

MATERIAL

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Abstrich von _____ | <input type="checkbox"/> Drain-/Katheterspitzen | <input type="checkbox"/> Sputum | <input type="checkbox"/> Dauerkatheterharn |
| <input type="checkbox"/> Punktat von _____ | <input type="checkbox"/> Blutkultur Aerob | <input type="checkbox"/> Trachealsekret | <input type="checkbox"/> Einmalkatheterharn |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | <input type="checkbox"/> Blutkultur Anaerob | <input type="checkbox"/> Bronchiallavage | <input type="checkbox"/> Mittelstrahlharn |
| | | | <input type="checkbox"/> Stuhl |

ANFORDERUNG

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kultur Antibiogramm | <input type="checkbox"/> MRSA Screening - Kultur | <input type="checkbox"/> Stuhbakterien Panel PCR ¹ |
| <input type="checkbox"/> Streptokokken B Screening (Kultur) | <input type="checkbox"/> MRGN Screening – Kultur | <input type="checkbox"/> Stuhlviren Panel PCR ² |
| | <input type="checkbox"/> MRE Screening - Kultur | <input type="checkbox"/> GastroPanel PCR (Stuhl) ³ |
| | | <input type="checkbox"/> Clostridium difficile Toxin A/B Schnelltest/PCR (Stuhl) |

¹ Salmonella spp., Shigella spp., EIEC, Campylobacter spp., Shiga toxins 1&2 (STEC, EHEC), Yersinia enterocolitica, Plesiomonas shigelloides, Vibrio cholera, vulnificus & parahaemolyticus, ETEC PCR (Stuhl)

² Rota-/Adeno-/Noro-/ Astro- und Sapoviren

³ Campylobacter, Clostridium difficile Toxin A/B, Plesiomonas shigelloides, Salmonella, Vibrio (Vibrio cholerae), Yersinia enterocolitica, Enteroaggregative Escherichia coli (EAEC), Enteropathogenic Escherichia coli (EPEC), Enterotoxigenic Escherichia coli (ETEC), Shiga-like toxin-producing Escherichia coli (STEC) stx1/stx2 (Escherichia coli O 157), Shigella / Enteroinvasive Escherichia coli (EIEC), Cryptosporidium, Cyclospora cayetanensis, Entamoeba histolytica, Giardia lamblia, Adenovirus F40/41, Astrovirus, Norovirus GI/GII, Rotavirus A, Sapovirus.

In Behandlung wegen _____

Antibiotikatherapie mit: _____ seit: _____

Antibiotikatherapie geplant: _____

Einsender:

Zusätzlicher Befund an:

Datum _____

Name/Stempel des zuständigen Arztes

Tel. _____

HINWEIS: Nur eine vollständig und gut leserlich ausgefüllte Anweisung ermöglicht eine rasche Befundausfolgung!

Bei Fehlen eines Überweisungsscheines muss dem Patienten der Selbstzahlertarif verrechnet werden!