

Name, Vorname, Adresse	Geburtsdatum
------------------------	--------------



9900 0125 00

**Patientendaten**

- Wahlleistung/Rechnung an Patient (Adresse angeben)
- männlich
- weiblich
- schwanger \_\_\_\_\_ SSW



Einsender (Stempel/Stations-Etikett)

**Laborauftrag Mikrobiologie KH**



**Information**

- NOTFALL
- Telefon Befund an \_\_\_\_\_
- Fax Befund an \_\_\_\_\_

Entnahme-Datum \_\_\_\_\_ Uhrzeit \_\_\_\_\_

Klin. Angaben \_\_\_\_\_

Sonstige Materialien / Diagnostik \_\_\_\_\_

Antibiotikatherapie \_\_\_\_\_

**Für MRE-Screening hier einen Abstrichort und gewünschte Diagnostik wählen!**

<input type="checkbox"/> Nase / Rachen	<input type="checkbox"/> Perineum / Anal	<input type="checkbox"/> MRSA
<input type="checkbox"/> Rachen	<input type="checkbox"/> Wunde	<input type="checkbox"/> MRGN
<input type="checkbox"/> Nase	<input type="checkbox"/> Leiste	<input type="checkbox"/> VRE

**ODER**

**Pathogene Erreger und Resistenz von: (Bitte genau ein Material wählen!)**

**ggf. zusätzlich mit:**

**Stuhl**

<input type="checkbox"/> Stuhl Diarrhoe (amb. erworben)	<input type="checkbox"/> Stuhl auf: (einzelne Parameter rechts wählen)	<input type="checkbox"/> Noroviren
<input type="checkbox"/> Stuhl Diarrhoe (im KH erworben)		<input type="checkbox"/> Rotaviren
		<input type="checkbox"/> Clostridioides difficile (nur flüssig)
		<input type="checkbox"/> Parasiten/Wurmeier
		<input type="checkbox"/> EHEC

**Urinmaterial**

<input type="checkbox"/> Mittelstrahl	<input type="checkbox"/> Katheter	<input type="checkbox"/> Eintauchnährboden
---------------------------------------	-----------------------------------	--

**Urogenital**

<input type="checkbox"/> Cervix	<input type="checkbox"/> Vaginal	<input type="checkbox"/> Urethra
---------------------------------	----------------------------------	----------------------------------

**Atemwegsmaterial**

<input type="checkbox"/> Sputum	<input type="checkbox"/> Bronchial- / Trachealsekret	<input type="checkbox"/> Bronchoalveoläre Lavage	<input type="checkbox"/> Tuberkulose
			<input type="checkbox"/> Pilze

**Liquor**

<input type="checkbox"/> Liquor	<input type="checkbox"/> HSV / VZV
---------------------------------	------------------------------------

**Blutkulturen / Blutmaterialien**

<input type="checkbox"/> Blutkultur aerob / anaerob	<input type="checkbox"/> Blutkultur aus Katheter	<input type="checkbox"/> V. a. Endokarditis (u. a. HACEK)
---	--	---

**Katheterspitzen**

<input type="checkbox"/> ZVK	<input type="checkbox"/> Port
------------------------------	-------------------------------

**Wunde / Haut**

<input type="checkbox"/> Wunde (oberflächlich)	<input type="checkbox"/> Eiter / Abszess	<input type="checkbox"/> Haut	<input type="checkbox"/> Pilze
<input type="checkbox"/> Wunde (tief)	<input type="checkbox"/> Dekubitus	<input type="checkbox"/> Ulcus	

**Intraoperative Materialien / Punktate**

<input type="checkbox"/> Abszesspunktat	<input type="checkbox"/> Gelenkpunktat	<input type="checkbox"/> Intraoperativer Abstrich	<input type="checkbox"/> Tuberkulose
<input type="checkbox"/> Aszitespunktat	<input type="checkbox"/> Gewebe / Biopsie	<input type="checkbox"/> Intraabdomineller Abstrich	
<input type="checkbox"/> Pleurapunktat	<input type="checkbox"/> Gallenblase		

**HNO / Augen**

<input type="checkbox"/> Nase	<input type="checkbox"/> Rachen	<input type="checkbox"/> Influenza
<input type="checkbox"/> Auge	<input type="checkbox"/> Ohr	