

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Bitte dieses Feld nicht bekleben!

Nur für labor-interne Zwecke!

Entnahme-Dat.:	Uhrzeit:	Pat.-Angaben:
		<input type="checkbox"/> männlich
Entnehmende Person:		<input type="checkbox"/> weiblich
		<input type="checkbox"/> schwanger
		SSW: _____

Kostenträger

Stat. Regelleistung Eilfall

Privat ambulant Tel.

Privat stationär Fax

Berufsgenossenschaft (BG)
 (bitte den U-Tag, das Aktenzeichen und den Arbeitgeber im Feld "Klinische Angaben" eintragen)

Kostenstelle / Rechnung an: _____



Untersuchungsauftrag Mikrobiologie

Klinische Angaben:

Antibiotikatherapie	Präparate/ Dosierung
<input type="checkbox"/> Oral	_____
<input type="checkbox"/> Parenteral	_____
<input type="checkbox"/> Lokal	_____

Bitte pro Beleg nur ein Material einsenden!

<input type="checkbox"/> Blutkultur <input type="checkbox"/> aer <input type="checkbox"/> an	Abstrich	<input type="checkbox"/> Rachen-Nasen Screening	Genital	Punktat
<input type="checkbox"/> Blutkultur PED	<input type="checkbox"/> Auge <input type="checkbox"/> Re <input type="checkbox"/> Li	<input type="checkbox"/> Leisten/Perineum Screening	<input type="checkbox"/> Vaginal	<input type="checkbox"/> Abszess*
<input type="checkbox"/> Liquor	<input type="checkbox"/> Ohr <input type="checkbox"/> Re <input type="checkbox"/> Li	<input type="checkbox"/> Screening weitere Lokalisation (s.u.)*	<input type="checkbox"/> Zervix	<input type="checkbox"/> Eiter*
<input type="checkbox"/> Aspirat*	<input type="checkbox"/> Nase	Tiefe Atemwege	<input type="checkbox"/> Genitalpunktat	<input type="checkbox"/> Pleura
<input type="checkbox"/> Sekret* <input type="checkbox"/> Gewebe / PE*	<input type="checkbox"/> Rachen	<input type="checkbox"/> Sputum	<input type="checkbox"/> Urethral	<input type="checkbox"/> Aszites
Urin	<input type="checkbox"/> Wundabstrich*	<input type="checkbox"/> Trachealsekret	<input type="checkbox"/> Sonstige Genitalmaterialien*	Gelenkpunktat
<input type="checkbox"/> Mittelstrahlurin	<input type="checkbox"/> Eiterabstrich*	<input type="checkbox"/> Bronchialsekret	Katheterspitze	<input type="checkbox"/> Hüfte <input type="checkbox"/> TEP
<input type="checkbox"/> Katheterurin	<input type="checkbox"/> Sekretabstrich*	<input type="checkbox"/> Bronchoskopie-Material	<input type="checkbox"/> ZVK	<input type="checkbox"/> Knie <input type="checkbox"/> TEP
<input type="checkbox"/> Blasenpunktionurin		<input type="checkbox"/> Bronchiallavage	<input type="checkbox"/> Peridural	<input type="checkbox"/> Sonstiges Punktat*
		<input type="checkbox"/> Magensaft		

* Bitte hier weitere Materialien sowie die Lokalisierung angeben:

Anforderungen - Kultur	PCR / Direktnachweis	Stuhl - Kultur	Stuhl - Direktnachweis
<input type="checkbox"/> Allg. Erreger, ggf. Resistenz	<input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis - PCR ☞	<input type="checkbox"/> EHEC	<input type="checkbox"/> Clostridium difficile PCR
<input type="checkbox"/> MRSA - Screening - Kultur	<input type="checkbox"/> Chlamydia pneumoniae - PCR ☞	<input type="checkbox"/> ESBL	<input type="checkbox"/> Norovirus - PCR + Clostridium difficile PCR
<input type="checkbox"/> MRGN	<input type="checkbox"/> MRSA - PCR ☞	<input type="checkbox"/> Vancomycin-resistente Enterokokken (VRE)	<input type="checkbox"/> Viren (Rota, Adeno) EIA
<input type="checkbox"/> Anaerobe Aktinomyzeten	<input type="checkbox"/> Gonokokken - PCR ☞	<input type="checkbox"/> Salmonellen	<input type="checkbox"/> Rotaviren
<input type="checkbox"/> Anaerobier	<input type="checkbox"/> Legionella pneumophila - PCR ☞	<input type="checkbox"/> Shigellen	<input type="checkbox"/> Adenoviren
<input type="checkbox"/> hämolysierende Streptokokken	<input type="checkbox"/> Legionella pneumophila-Antigennachweis (Urin)	<input type="checkbox"/> Yersinien	<input type="checkbox"/> Norovirus PCR
<input type="checkbox"/> Gonokokken - kult. Nachweis	<input type="checkbox"/> Mycoplasma pneumoniae - PCR ☞	<input type="checkbox"/> Campylobacter	<input type="checkbox"/> Parasiten (Kryptosporidien, Lamblien, Amöben, Würmer, Wurmeier)
<input type="checkbox"/> Listerien	<input type="checkbox"/> Pneumocystis jiroveci - PCR ☞	<input type="checkbox"/> TPER (Salmonellen, Shigellen, Yersinen, Campylobacter)	<input type="checkbox"/> Kryptosporidien EIA
<input type="checkbox"/> Diphtherie	<input type="checkbox"/> TBC PCR ☞	<input type="checkbox"/> Enteritis-Erreger bei Krankenhaus- und bettlägerigen Patienten	<input type="checkbox"/> Lamblien EIA
<input type="checkbox"/> TBC Kultur, ggf. Resistenz (Urin)	<input type="checkbox"/> Pertussis, Parapertussis - PCR ☞	<input type="checkbox"/> Enteritis-Erreger bei rezidivierenden Durchfällen	<input type="checkbox"/> Amöben EIA
<input type="checkbox"/> TBC Mikroskopie, Kultur, ggf. Resistenz (Regelfall)	<input type="checkbox"/> Herpes simplex Virus - PCR ☞	<input type="checkbox"/> Enteritis-Erreger nach Auslandsreise	<input type="checkbox"/> Amöben Mikr.
<input type="checkbox"/> Hefen (Sproßpilze)	<input type="checkbox"/> Bilharziose aus Urin	<input type="checkbox"/> Enteritis-Erreger bei Immunschwäche	<input type="checkbox"/> Würmer
<input type="checkbox"/> Dermatophyten	<input type="checkbox"/> Trichomonaden	<input type="checkbox"/> Pathogene Keime (Bakterien, Viren)	<input type="checkbox"/> Wurmeier Mikr.
<input type="checkbox"/> Schimmelpilze		<input type="checkbox"/> Sproßpilze (Hefen)	<input type="checkbox"/> Oxyuren (Perianalabstrich ohne Transportmedium) Mikr.
<input type="checkbox"/> Helicobacter pylori (PE)			

Weitere, nicht aufgeführte Untersuchungen: