

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



**MEDIZINISCHES
LABOR
BREMEN**
Haferwende 12 · 28357 Bremen
Tel.: +49 (0)421 2072-0
Fax: +49 (0)421 2072-167
info@mlhb.de · www.mlhb.de

Bitte dieses
Feld nicht
bekleben!

Nur
für labor-
interne
Zwecke!

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

Kostenträger

Stat. Regelleistung
 Privat ambulant
 Privat stationär
 Berufsgenossenschaft (BG)
(bitte den U-Tag, das Aktenzeichen und den Arbeitgeber im Feld "Klinische Angaben" eintragen)

Eilfall
 Tel.
 Fax

Kostenstelle / Rechnung an: _____



0035 0302 01

Untersuchungsauftrag Mikrobiologie

Klinische Angaben:

Bitte pro Beleg nur ein Material einsenden!

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

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

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

Weitere, nicht aufgeführte Untersuchungen: