

Laboretikett

EINSENDEFORMULAR MIKROBIOLOGIE

Patient/in (bitte in BLOCKSCHRIFT ausfüllen) Vorname: Nachname: Geb.-Datum: Geschlecht: ☐ M ☐ W ☐ D Anschrift: 	Einsender/in (mit Telefonnummer & ggf. Rohrpost-Nr.) ☐ Ambulant ☐ Stationär ☐ Selbstzahler SV-Nummer: Krankenkasse:
---	--

Diagnose: Antibiotikatherapie: Abnahmedatum/-uhrzeit:	Bei * Zusatzinformation für Labor / Entnahmestelle:
--	--

HARN / UROGENITAL <u>Untersuchungsmaterial:</u> ☐ Mittelstrahlharn ☐ Einmalkatheterharn ☐ Dauerkatheterharn ☐ Erststrahlharn (z.B.: Epididymitis) ☐ Vaginal/Portio-Abstriche Gravidität? ☐ ja, SSW: _____ ☐ sonstiges* (Ejakulat, Urethraabstr.)	<u>Untersuchung auf:</u> ☐ pathogene Keime (mit Antibiotogramm) ☐ Pilze ☐ Streptokokken der Gruppe B (Vag./Portio-Abstr.) ☐ Neisseria gonorrhoeae (Kultur) ☐ Chlamydia trachomatis (PCR)	VARIA <u>Untersuchungsmaterial:</u> ☐ Wundabstrich oberflächlich ☐ Wundabstrich tief ☐ Prothesen-Sonikation* ☐ Gewebe* ☐ Punktat* (z.B.: Gelenk, Aszites) ☐ Liquor ☐ Blutkultur aerob ☐ Blutkultur anaerob ☐ Spitze von* (z.B.: Katheter, Tubus) ☐ sonstige Abstriche / Materialien* (z.B.: Urethraabstr., Gelenksflüssigk., Fruchtwasser) ☐ Magenbiopsie*(Helicobacter)	SCREENING <u>Untersuchung auf:</u> ☐ MRSA ☐ ESBL / CPE / 3/4 MRGN ☐ VRE <u>Untersuchungsmaterial:</u> ☐ Trachealsekret ☐ Rektalabstrich ☐ Wunde* ☐ Harn ☐ sonstiges* <u>Zusätzlich bei MRSA / VRE:</u> ☐ Nase ☐ Rachen ☐ Axilla ☐ Leiste ☐ perianal ☐ gepoolter Hautabstrich
STUHL <u>Untersuchung auf:</u> ☐ Pathogene Keime (Salmonellen, Shigellen, Campylobacter, Yersinien) ☐ C. difficile GDH/Toxin (ELISA) ☐ C. difficile Toxin (PCR) (Selbstzahler!) ☐ EHEC Toxin (PCR) ☐ Adenoviren ☐ Rotaviren ☐ Parasiten (Würmer, Protozoen)	☐ Pilze ☐ Staphylococcus aureus ☐ Klebsiella oxytoca ☐ MRSA ☐ ESBL / CPE / 3/4 MRGN ☐ sonstiges* (z.B. nur Salmonellen) ☐ Helicobacter pylori Antigen <u>Auslandsaufenthalt: (wenn ja, wo)</u> 		
ATEMWEGE /AUGE /OHR <u>Untersuchungsmaterial:</u> ☐ Sputum ☐ Rachenabstrich ☐ Nasenabstrich ☐ Nasennebenhöhlenabstrich* ☐ Bronchial-/Trachealsekret ☐ BAL (Bronchiallavage) ☐ Bindehautabstrich links ☐ Bindehautabstrich rechts Ohrabstrich: ☐ links ☐ rechts ☐ sonstiges* (z.B. Sinussekret)	<u>Untersuchung auf:</u> ☐ pathogene Keime (mit Antibiotogramm) ☐ Pilze ☐ sonstiges* ☐ Helicobacter pylori Kultur (Biopsie-Magen) ☐ Helicobacter pylori PCR (Selbstzahler!)	TUBERKULOSE <u>Untersuchungsmaterial*:</u> <u>Untersuchung auf:</u> ☐ Mykobakterien (Ziehl-Neelson-Färbung und Kultur) ☐ Quantiferon-Tb-Gold Test (7,5 ml gelfreies Lithium-Heparin-Röhrchen, Probeneinsendung Mo - Fr am Tag der Blutabnahme!)	

Telefonische Rücksprache bzw. Auskunft unter +43 463 538 – 38455

Informationen bezgl. Abnahmestandards siehe [Präanalytikatalog](#)

Selbstzahler! ... Diese Untersuchung wird im niedergelassenen Bereich nicht als Kassenleistung übernommen!