

Laboretikett

EINSENDEFORMULAR MIKROBIOLOGIE

Patient (bitte in BLOCKSCHRIFT ausfüllen)	Einsender (mit Telefon-/Faxnummer)
Name: <input type="text"/>	<input type="text"/>
Geb.-Datum: <input type="text"/> Geschl.: M <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/>	
Anschrift: <input type="text"/>	
Krankenkasse: <input type="text"/>	
SV-Nummer: <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Ambulant <input type="checkbox"/> Stationär <input type="checkbox"/> Pflegeeinrichtung	

Diagnose: <input type="text"/>	Bei * Zusatzinformation für Labor / Entnahmestelle:
Antibiotikatherapie <input type="text"/>	<input type="text"/>
Abnahmedatum/-uhrzeit: <input type="text"/>	

HARN	
Untersuchungsmaterial	Untersuchung auf:
<input type="checkbox"/> Mittelstrahlharn	<input type="checkbox"/> pathogene Keime (mit Antibiogramm)
<input type="checkbox"/> Einmalkatheterharn	<input type="checkbox"/> Pilze
<input type="checkbox"/> Dauerkatheterharn	<input type="checkbox"/> Legionellen-Antigen (nur aus Nativharn möglich!)
<input type="checkbox"/> Erststrahlharn (z.B.: Epididymitis)	<input type="checkbox"/> Pneumokokken-Antigen (nur aus Nativharn möglich!)
<input type="checkbox"/> sonstiges*	

STUHL	
Untersuchung auf:	<input type="checkbox"/> Staphylococcus aureus
<input type="checkbox"/> Pathogene Keime (Salmonellen, Shigellen, Campylobacter, Yersinien)	<input type="checkbox"/> Klebsiella oxytoca
<input type="checkbox"/> Clostridium difficile	<input type="checkbox"/> MRSA
<input type="checkbox"/> Pilze	<input type="checkbox"/> ESBL / CPE / MRGN
<input type="checkbox"/> EHEC Toxin (ELISA)	<input type="checkbox"/> sonstiges* (z.B. nur Salmonellen)
<input type="checkbox"/> Adenoviren <input type="checkbox"/> Rotaviren	Auslandsaufenthalt: (wenn ja, wo)
<input type="checkbox"/> Parasiten (Würmer, Protozoen)	<input type="text"/>

ATEMWEGE /AUGE /OHR	
Untersuchungsmaterial	Untersuchung auf:
<input type="checkbox"/> Sputum	<input type="checkbox"/> pathogene Keime (mit Antibiogramm)
<input type="checkbox"/> Rachenabstrich	<input type="checkbox"/> Pilze
<input type="checkbox"/> Nasenabstrich	<input type="checkbox"/> Streptokokken der Gruppe A (Rachenabstrich)
<input type="checkbox"/> Bronchial-/Trachealsekret	<input type="checkbox"/> Untersuchung auf Angina Plaut Vincent (Rachenabstrich)
<input type="checkbox"/> BAL (Bronchiallavage)	
<input type="checkbox"/> Saugbiopsie	
<input type="checkbox"/> Bindehautabstrich links	
<input type="checkbox"/> Bindehautabstrich rechts	
Ohrabstrich: <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts	
<input type="checkbox"/> sonstiges* (z.B. Sinussekret)	

VARIA
Untersuchungsmaterial:
<input type="checkbox"/> Wundabstrich oberflächlich
<input type="checkbox"/> Wundabstrich tief
<input type="checkbox"/> Gewebe*
<input type="checkbox"/> Liquor
<input type="checkbox"/> Punktat* (z.B.: Gelenk, Aszites)
<input type="checkbox"/> Blutkultur aerob
<input type="checkbox"/> Blutkultur anaerob
<input type="checkbox"/> Spitze von* (z.B.: Katheter, Tubus)
<input type="checkbox"/> Vaginal/Portio-Abstriche Gravidität? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Ejakulat
<input type="checkbox"/> Biopsie-Magen*
<input type="checkbox"/> sonstige Abstriche / Materialien* (z.B.: Urethraabstr., Gelenksflüssigk., Fruchtwasser)
<input type="checkbox"/> Prothesen-Sonikation*

Untersuchung auf:
<input type="checkbox"/> pathogene Keime (mit Antibiogramm)
<input type="checkbox"/> Pilze
<input type="checkbox"/> Streptokokken der Gruppe B (Vag./Portio-Abstr.)
<input type="checkbox"/> Helicobacter pylori (Biopsie-Magen)
<input type="checkbox"/> sonstiges*

SCREENING
Untersuchung auf:
<input type="checkbox"/> MRSA
<input type="checkbox"/> ESBL / 3 MRGN
<input type="checkbox"/> CPE / 4 MRGN
<input type="checkbox"/> VRE
Untersuchungsmaterial:
<input type="checkbox"/> Trachealsekret
<input type="checkbox"/> Rectalabstich
<input type="checkbox"/> Wunde*
<input type="checkbox"/> Harn
<input type="checkbox"/> sonstiges*
Zusätzlich bei MRSA:
<input type="checkbox"/> Nase
<input type="checkbox"/> Rachen
<input type="checkbox"/> Axilla
<input type="checkbox"/> Leiste
<input type="checkbox"/> perianal

TUBERKULOSE
Untersuchungsmaterial*:
<input type="text"/>
Untersuchung auf:
<input type="checkbox"/> Mykobakterien (Ziehl-Neelson-Färbung und Kultur)
<input type="checkbox"/> 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](#)