

Hier bitte nicht überkleben

Markierung



Richtig =

Falsch =

Bitte schwarz markieren

Patientendaten		Einsender, Auftraggeber	
<b>Praxisinterne Patienten-Nummer</b> ▶			
Name			
Vorname			
Strasse			
PLZ/Ort			
Geburts-Datum	Frühere / letzte Bef.-Nr.	Behandelnder Arzt:	
<input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> Kind	▶ Vater/Mutter	E-Mail:	

Klinische Angaben	Bearbeitung	Rechnung an
<b>Erkrankungsbeginn</b> ..... <b>Entnahmedatum:</b> ..... <b>Zeit:</b> ..... <input type="checkbox"/> Schwangerschaft ..... <input type="checkbox"/> Antibiotika vor Entn. .... <input type="checkbox"/> Antibiotika nach Entn. .... <input type="checkbox"/> V. a. Protheseninfekt ..... <input type="checkbox"/> Immunsuppression ..... <input type="checkbox"/> Kontrolle nach Therapie ..... <b>Klinische Fragestellung:</b> .....	<input type="checkbox"/> Notfall bis: ..... <input type="checkbox"/> Tel. Bericht: ..... <input type="checkbox"/> E-Mail: ..... <b>Befundkopie an Patient:</b> ..... <input type="checkbox"/> E-Mail: ..... <input type="checkbox"/> Postadresse: ..... <input type="checkbox"/> Weitere Befunde an: .....	<b>Aktuelle</b> <input type="checkbox"/> Krankenkasse: ..... <input type="checkbox"/> Mitglied-Nr.: ..... <input type="checkbox"/> AHV-Nr.: ..... <input type="checkbox"/> IV: ..... <input type="checkbox"/> Versicherungs-Nr.: ..... <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> NPL (Nichtpflichtleistung) <input type="checkbox"/> Unfall-Vers.: ..... <input type="checkbox"/> Fall-/Schaden-Nr.: ..... <input type="checkbox"/> Unfalldatum: ..... <input type="checkbox"/> Police-Nr.: ..... <input type="checkbox"/> Einsender mtl. <input type="checkbox"/> Einsender sofort <input type="checkbox"/> Mit Beleg sofort an Einsender <b>Anderer Rechnungsempfänger:</b> .....

Zum Markieren keine Filzstifte verwenden!

**Mikrobiologie · Parasitologie** **Inkl. Resistenzprüfung je nach Art und Bedeutung der Isolate**

<b>Abstriche eSwab</b> <input type="checkbox"/> 1. Probe <input type="checkbox"/> 2. Probe <input type="checkbox"/> Rachen <input type="checkbox"/> Konjunktiva <input type="checkbox"/> Cervix <input type="checkbox"/> Tonsillen <input type="checkbox"/> Ohr (Otitis med.) <input type="checkbox"/> Vag./CK <input type="checkbox"/> Nase <input type="checkbox"/> Ohr (Otitis ext.) <input type="checkbox"/> Vagina <input type="checkbox"/> Sinus <input type="checkbox"/> Zunge <input type="checkbox"/> anal <input type="checkbox"/> Andere: ..... <input type="checkbox"/> Urethra <input type="checkbox"/> Ejakulat <input type="checkbox"/> Prostataexprimat <input type="checkbox"/> Penis	<b>Stuhl</b> <input type="checkbox"/> fecalSwab <input type="checkbox"/> Nativstuhl <b>Stuhl bakteriologie</b> <input type="checkbox"/> Campylobacter <input type="checkbox"/> fecalSwab <input type="checkbox"/> Salmonellen <input type="checkbox"/> fecalSwab <b>Gastrointestinale Panels (PCR)</b> <input type="checkbox"/> Gastro-Panel Bakterien <input type="checkbox"/> fecalSwab <input type="checkbox"/> Gastro-Panel Viren <input type="checkbox"/> fecalSwab <input type="checkbox"/> Gastro-Panel Parasiten <input type="checkbox"/> fecalSwab <input type="checkbox"/> Enteroviren (Cox./Echo/Polio; PCR) <input type="checkbox"/> fecalSwab <input type="checkbox"/> Noroviren (PCR) <input type="checkbox"/> fecalSwab <input type="checkbox"/> Rotavirus (PCR) <input type="checkbox"/> fecalSwab <input type="checkbox"/> Adenovirus (PCR) <input type="checkbox"/> fecalSwab <input type="checkbox"/> Hepatitis E Virus (PCR) <input type="checkbox"/> fecalSwab <input type="checkbox"/> Helicobacter pylori (Kultur, Biopsie in PORT-PYL) <input type="checkbox"/> fecalSwab <input type="checkbox"/> Helicobacter pylori (PCR) <input type="checkbox"/> fecalSwab <input type="checkbox"/> Helicobacter pylori (Antigen) <input type="checkbox"/> Nativstuhl <input type="checkbox"/> Clostridium difficile (GDH und Toxin) <input type="checkbox"/> Nativstuhl <input type="checkbox"/> Candida <input type="checkbox"/> fecalSwab	<b>Urin / Genitalabstriche PCR</b> <input type="checkbox"/> Nährbodenträger (Uricult/Urotube/Medica-Tube) <input type="checkbox"/> bebrütet <input type="checkbox"/> unbebrütet <input type="checkbox"/> <b>Urin mit Stabilisator (CCM / Urisponge)</b> <input type="checkbox"/> <b>Nativurin</b> (Vacutainer braun) <input type="checkbox"/> Mittelstrahl <input type="checkbox"/> <b>Erststrahl</b> <input type="checkbox"/> Einmalkatheter <input type="checkbox"/> Dauerkatheter <input type="checkbox"/> vor <input type="checkbox"/> nach Wechsel <b>Allg. Bakteriologie</b> <input type="checkbox"/> CCM/Urisponge <input type="checkbox"/> Urin-Status <b>10 ml Nativurin/Vacutainer braun</b> Wenn auffällig: allgemeine Bakteriologie <input type="checkbox"/> Candida <input type="checkbox"/> CCM/Urisponge <input type="checkbox"/> Pneumokokken Antigen <input type="checkbox"/> Nativurin <input type="checkbox"/> Legionella Antigen <input type="checkbox"/> Nativurin <input type="checkbox"/> Chlam. trachomatis (PCR) <input type="checkbox"/> <b>Erststrahl Nativurin</b> <input type="checkbox"/> Genitalabstrich eSwab <input type="checkbox"/> N. gonorrhoeae (PCR) <input type="checkbox"/> <b>Erststrahl Nativurin</b> <input type="checkbox"/> Genitalabstrich eSwab <input type="checkbox"/> Myco-/Ureaplasma genital. (PCR) <input type="checkbox"/> <b>Erststrahl Nativurin</b> <input type="checkbox"/> Genitalabstrich eSwab <input type="checkbox"/> Mycoplasma genitalium (inkl. Makrolid-Resistenz) (PCR) <input type="checkbox"/> <b>Erststrahl Nativurin</b> <input type="checkbox"/> Genitalabstrich eSwab <input type="checkbox"/> Trichomonas vaginalis (PCR) (NPL) <input type="checkbox"/> Nativurin <input type="checkbox"/> Polyoma BK-Virus (PCR) <input type="checkbox"/> Nativurin <b>Mykobakterien im Morgenurin*</b> (M. tbc und NTM) <b>50 ml Morgenurin</b> an drei Tagen einzeln und sofort einsenden <input type="checkbox"/> 1. Probe <input type="checkbox"/> 2. Probe <input type="checkbox"/> 3. Probe <b>Respiratorisches Sekret (nativ 5-10 ml in 50 ml Röhrrchen)</b> <input type="checkbox"/> Sputum <input type="checkbox"/> Andere: <input type="checkbox"/> Bronchialsekret <input type="checkbox"/> Bronchoalveoläre <input type="checkbox"/> Trachealsekret <input type="checkbox"/> Lavage (BAL) <b>Allgemeine Bakteriologie</b> <input type="checkbox"/> Legionella Ag und Pneumokokken Ag siehe Urin <input type="checkbox"/> Candida und Aspergillus <input type="checkbox"/> Pneumocystis jirovecii* <b>Mykobakterien im Morgensputum (5-10 ml)*</b> (M. tbc und NTM) <b>Morgensputum</b> an drei Tagen einzeln und sofort einsenden <input type="checkbox"/> 1. Probe <input type="checkbox"/> 2. Probe <input type="checkbox"/> 3. Probe (Bitte separate Röhrrchen für Tbc und Bakt.) <input type="checkbox"/> M. tbc-Komplex (PCR) zusätzlich zur Kultur <b>Blutkultur (mindestens 2 Pärchen) BK-Set</b> <input type="checkbox"/> 1. Entnahme Datum: ..... Zeit: ..... <input type="checkbox"/> 2. Entnahme Datum: ..... Zeit: ..... <input type="checkbox"/> 3. Entnahme Datum: ..... Zeit: .....
<b>Wundabstriche</b> <input type="checkbox"/> oberflächlich <input type="checkbox"/> tief <input type="checkbox"/> Eiter <input type="checkbox"/> Schleimhaut <input type="checkbox"/> Haut intakt	<b>Lokalisation:</b> ..... <b>Angebefen!</b> <input type="checkbox"/> <b>Allgemeine Bakteriologie</b> eSwab <input type="checkbox"/> Candida eSwab <input type="checkbox"/> β-hämolytische Streptokokken eSwab <input type="checkbox"/> Plaut-Vincent (mikroskopisch) eSwab <input type="checkbox"/> Corynebacterium diphtheriae eSwab <input type="checkbox"/> Actinomyces <input type="checkbox"/> Nocardia eSwab <input type="checkbox"/> MRSA-Screen <input type="checkbox"/> ESBL <input type="checkbox"/> VRE eSwab <input type="checkbox"/> Screen auf Ciprofloxacin-Resistenz vor Prostata-Biopsie <input type="checkbox"/> Adenoviren (PCR) eSwab <input type="checkbox"/> Enteroviren (PCR) eSwab <input type="checkbox"/> Varizella Zoster VZV (PCR) eSwab <input type="checkbox"/> Herpes simplex HSV 1/2 (PCR) eSwab <input type="checkbox"/> T. pallidum / Haemophilus ducreyi (PCR) eSwab <input type="checkbox"/> HPV-Screening (PCR) eSwab <input type="checkbox"/> Respiratorisches Panel (PCR) eSwab <input type="checkbox"/> B. pertussis / B. parapertussis (PCR) eSwab <input type="checkbox"/> Influenza A/B (PCR) eSwab <input type="checkbox"/> SARS-CoV-2 (PCR) (Krankenkasse) eSwab <input type="checkbox"/> SARS-CoV-2 (PCR) (NPL) eSwab	<b>Parasitologie</b> <input type="checkbox"/> SAF <input type="checkbox"/> SAF 2 <input type="checkbox"/> SAF 3 <input type="checkbox"/> Nativstuhl 1 <input type="checkbox"/> Nativstuhl 2 <input type="checkbox"/> Nativstuhl 3 <b>Allg. Endoparasiten</b> SAF <input type="checkbox"/> Protozoen (Amöben, Lamblien, Blastocystis) SAF <input type="checkbox"/> Helmintheneier SAF <input type="checkbox"/> Larvenkultur (Strongyloides) gefülltes Röhrrchen Nativstuhl <input type="checkbox"/> Endoparasiten Nativstuhl (Wurm, Wurmtteile, Proglottiden) <input type="checkbox"/> Enterobius-Eier / Oxyuren <b>Anal-Abklatsch</b> (Objektträger m. <b>transpar.</b> Klebestreifen)
<b>Punktate, Gewebe, Spülflüssigkeit</b> <input type="checkbox"/> Synovia <input type="checkbox"/> Bursa <input type="checkbox"/> Fruchtwasser <input type="checkbox"/> Dialysat <input type="checkbox"/> Pleura <input type="checkbox"/> Plazenta <input type="checkbox"/> Liquor <input type="checkbox"/> Sinus <input type="checkbox"/> iv-Katheter <input type="checkbox"/> Aszites <input type="checkbox"/> Eiter <input type="checkbox"/> Peritonärrabstrich <input type="checkbox"/> Douglas <input type="checkbox"/> Mamma <input type="checkbox"/> Duodenalsaft	<input type="checkbox"/> Entamoeba histolytica (PCR) <input type="checkbox"/> siehe Gastro-Panel Parasiten <b>Diverse Analysen</b> <input type="checkbox"/> Calprotectin Nativstuhl <input type="checkbox"/> Pankreas-Elastase Nativstuhl <input type="checkbox"/> Occultes Blut (qFIT: GOLD*) Nativstuhl <input type="checkbox"/> 1. Probe <input type="checkbox"/> 2. Probe <input type="checkbox"/> 3. Probe <b>Dermatophyten (PCR)</b> <input type="checkbox"/> <b>Nativ in Dermatophyten-Behälter</b> <input type="checkbox"/> Nagelgeschabsel <input type="checkbox"/> Haarwurzeln <input type="checkbox"/> Hautschuppen <b>Ektoparasiten (Milben etc.)</b>	<input type="checkbox"/> 1. Entnahme Datum: ..... Zeit: ..... <input type="checkbox"/> 2. Entnahme Datum: ..... Zeit: ..... <input type="checkbox"/> 3. Entnahme Datum: ..... Zeit: .....

MIKROBIOLOGIE · PARASITOLOGIE

Bitte auf dieser Seite nichts ausfüllen.

**Kultur:**

Mikroskopie	
im Block	einzel erfasst
LEUK	GPKK
EPIT	GPKH
HEFE	GPKD
GARDMO	GPS
CLUE	GNKD
GNS	MO
DOED	DETR
GPK	ERYT
	SPPIH

Kultur/Bemerkung		REFO	DIFO	AEVK	AETI	URESCO	URKLEB
KZU	U	Keimzahl	Keim 1	Menge !	Keim 2	Menge !	UDAN
BAKT	NN		BSTR	Gr	Menge !		
OMISCH	Menge		NORA	Menge	BSTRE	NN	BWAE
NOHA	Menge		NONA	Menge	ANMF	Menge	BWANA

GEKUA		vaginal/zervikal	
VAGS	Gr	Menge !	
CASP	Menge !	NN	
GAVA	Menge !	NN	
VALA	Menge	NN	

UREKU	
HAESP	Menge !
NOUR	Menge

EJKU		Ejakulat	
GAURM	Menge		
HAESP	Menge !		
NOUR	Menge		

ESWOE	
PSAE	Menge !
CASP	Menge !
ASCSP	Menge !
NOHA	

Medien		Tag 1	Datum/Visum	Tag 2	Datum/Visum	Tag 3	Datum/Visum
Stuhl	Allg.						
H	Thio						
SM2	SBA						
CIN	CNA						
C	MAC						
TCBS	MAC						
MAC	CPS/SAB						
	GBS						
CLO	CRO/KBA						
CAN2	SCS						
	NV						
	VCA						

Urinsediment	
Leuk	
Ery	
Dys. Ery	
Akant. Ery	
Plattenepi	
Rundepi	
Bakterien	
Zylinder	
Kristalle	

STIX

Clostridium difficile	
Tox. Dir.	
GDH-AG	
Kultur	
Tox. Kult.	
CDITP CDITN CDION	

Stuhlbakterien	
Campylobacter	
Salmonella	
Shigella	
Yersinia	
Aeromonas	
Plesiom. shigel.	
Vibrio	

Parasiten/Würmer	
E. hist./disp.	
Lamblien	
Blastocystis	
andere Prot.	
Helminthen	
Enterobius	

Sporestrip STER

MUSST