

Markierung



Richtig =

Falsch =

Bitte schwarz markieren

Zum Markieren keine Filzstifte verwenden!

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

Klinische Angaben	Bearbeitung	Rechnung an
Erkrankungsbeginn _____ Entnahmedatum: _____ Zeit: _____ <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 _____ Klinische Fragestellung: _____	<input type="checkbox"/> Notfall bis: _____ <input type="checkbox"/> Tel. Bericht: _____ <input type="checkbox"/> E-Mail: _____ Befundkopie an Patient: _____ <input type="checkbox"/> E-Mail: _____ <input type="checkbox"/> Postadresse: _____ <input type="checkbox"/> Weitere Befunde an: _____	Aktuelle Krankenkasse: _____ Mitglied-Nr.: _____ ANH-Nr.: _____ IV: _____ Verfügungs-Nr.: _____ <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> NPL (Nichtpflichtleistung) Unfall-Vers.: _____ Fall-/Schaden-Nr.: _____ Unfalldatum: _____ Police-Nr.: _____ <input type="checkbox"/> Einsender mtl. <input type="checkbox"/> Einsender sofort <input type="checkbox"/> Mit Beleg sofort an Einsender <input type="checkbox"/> Anderer Rechnungsempfänger: _____

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

Abstriche eSwab <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"/> Ejakulat <input type="checkbox"/> Prostataexprimat <input type="checkbox"/> Urethra <input type="checkbox"/> Penis	Stuhl <input type="checkbox"/> fecalSwab <input type="checkbox"/> Nativstuhl Allg. Stuhlbakteriologie fecalSwab Salmonellen, Shigellen, Campylobacter, Yersinien <input type="checkbox"/> Campylobacter fecalSwab <input type="checkbox"/> Salmonellen fecalSwab <input type="checkbox"/> Shigellen fecalSwab <input type="checkbox"/> Yersinien fecalSwab Stuhlbakt. mit Reiseanamnese fecalSwab zusätzlich ETEC, Aeromonas, Pleisiomonas, Vibrio <input type="checkbox"/> Vibrio cholerae fecalSwab Pathogene E. coli (PCR): fecalSwab <input type="checkbox"/> ETEC <input type="checkbox"/> EHEC / EPEC / EIEC / EAEC Gastrointestinale Panels (PCR) fecalSwab <input type="checkbox"/> Gastro-Panel Bakterien <input type="checkbox"/> Gastro-Panel Viren <input type="checkbox"/> Gastro-Panel Parasiten <input type="checkbox"/> Enteroviren (Cox./Echo/Polio; PCR) fecalSwab <input type="checkbox"/> Noroviren (PCR) fecalSwab <input type="checkbox"/> Rotavirus (PCR) Nativstuhl <input type="checkbox"/> Adenovirus (PCR) Nativstuhl <input type="checkbox"/> Hepatitis E Virus (PCR) fecalSwab <input type="checkbox"/> Helicobacter pylori (PCR) Nativstuhl oder Biopsie <input type="checkbox"/> Helicobacter pylori (Antigen) Nativstuhl <input type="checkbox"/> Clostridium difficile (Kultur und Toxin) Nativstuhl <input type="checkbox"/> Candida fecalSwab	Urin <input type="checkbox"/> Nährbodenträger (Uricult/Urotube/Medica-Tube) <input type="checkbox"/> bebrütet <input type="checkbox"/> unbebrütet <input type="checkbox"/> UriSponge <input type="checkbox"/> Nativurin <input type="checkbox"/> Vacutainer braun (nativ) <input type="checkbox"/> Mittelstrahl UriSponge <input type="checkbox"/> Erststrahl UriSponge <input type="checkbox"/> Einmalkatheter UriSponge <input type="checkbox"/> Dauerkatheter UriSponge <input type="checkbox"/> vor <input type="checkbox"/> nach Wechsel <input type="checkbox"/> Allg. Bakteriologie UriSponge <input type="checkbox"/> Urin-Status 10 ml Nativurin/Vacutainer braun Wenn auffällig: allgemeine Bakteriologie <input type="checkbox"/> Candida <input type="checkbox"/> Pneumokokken Antigen Vacutainer braun (nativ) <input type="checkbox"/> Legionella Antigen Vacutainer braun (nativ) <input type="checkbox"/> Chlam. trachomatis (PCR) Erststrahl* UriSponge <input type="checkbox"/> N. gonorrhoeae (PCR) Erststrahl* UriSponge <input type="checkbox"/> Myco-/Ureaplasma (PCR) Erststrahl* UriSponge <input type="checkbox"/> Trichomonas vaginalis (PCR) (NPL)* UriSponge <input type="checkbox"/> Polyoma BK-Virus (PCR) UriSponge * 1 separates Nativröhrchen für PCR Mykobakterien im Morgenurin* (M. tbc und NTM) 50 ml Morgenurin an drei Tagen einzeln und sofort einsenden <input type="checkbox"/> 1. Probe <input type="checkbox"/> 2. Probe <input type="checkbox"/> 3. Probe Respiratorisches Sekret (nativ 5-10 ml in 50 ml Röhrchen) <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) Allgemeine Bakteriologie Legionella Ag und Pneumokokken Ag siehe Urin <input type="checkbox"/> Candida und Aspergillus <input type="checkbox"/> Pneumocystis jirovecii* Mykobakterien im Morgenurin (5-10 ml)* (M. tbc und NTM) Morgensputum an drei Tagen einzeln und sofort einsenden <input type="checkbox"/> 1. Probe <input type="checkbox"/> 2. Probe <input type="checkbox"/> 3. Probe (Bitte separate Röhrchen für Tbc und Bakt.) <input type="checkbox"/> M. tbc-Komplex (PCR) zusätzlich zur Kultur Blutkultur (mindestens 2 Pärchen) BK-Set <input type="checkbox"/> 1. Entnahme Datum: _____ Zeit: _____ <input type="checkbox"/> 2. Entnahme Datum: _____ Zeit: _____ <input type="checkbox"/> 3. Entnahme Datum: _____ Zeit: _____ Dermatophyten (PCR) Nativ in Dermatophyten-Behälter <input type="checkbox"/> Nagelgeschabsel <input type="checkbox"/> Haarwurzeln <input type="checkbox"/> Hautschuppen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ektoparasiten (Milben etc.)
Wundabstriche <input type="checkbox"/> oberflächlich <input type="checkbox"/> tief <input type="checkbox"/> Eiter <input type="checkbox"/> Schleimhaut <input type="checkbox"/> Haut intakt Lokalisation: _____ Allgemeine Bakteriologie 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"/> Adenoviren (PCR) eSwab <input type="checkbox"/> Enteroviren (PCR) eSwab <input type="checkbox"/> B. pertussis / B. parapertussis (PCR) eSwab <input type="checkbox"/> Influenza A/B (PCR) eSwab <input type="checkbox"/> Varizella Zoster VZV (PCR) eSwab <input type="checkbox"/> Herpes simplex HSV 1/2 (PCR) eSwab <input type="checkbox"/> Chlam. trachomatis (PCR)* eSwab <input type="checkbox"/> N. gonorrhoeae (PCR)* eSwab <input type="checkbox"/> Myco-/Ureaplasma genital (PCR)* eSwab <input type="checkbox"/> T. pallidum / Haemophilus ducreyi (PCR) eSwab <input type="checkbox"/> HPV-Screening (PCR) eSwab <input type="checkbox"/> Respiratorische Panels (PCR) eSwab <input type="checkbox"/> Respi-Panel Bakterien <input type="checkbox"/> Respi-Panel Viren * 1 separater eSwab für PCR	Parasitologie <input type="checkbox"/> SAF 1 <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 Allg. Endoparasiten SAF Protozoen (Amöben, Lamblien, Blastocystis) SAF Helmintheneier SAF <input type="checkbox"/> Giardia lamblia Antigen SAF <input type="checkbox"/> Cryptosporidien Antigen SAF <input type="checkbox"/> Larvenkultur (Strongyloides) gefülltes Röhrchen Nativstuhl <input type="checkbox"/> Endoparasiten Nativstuhl (Wurm, Wurmteile, Proglottiden) <input type="checkbox"/> Enterobius-Eier / Oxyuren Anal-Abklatsch (Objektträger) m. transpar. Klebestreifen <input type="checkbox"/> Entamoeba histolytica (PCR) fecalSwab <input type="checkbox"/> Parasiten-Panel (PCR) fecalSwab	Punktate, Gewebe, Spülflüssigkeit <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-Kathete <input type="checkbox"/> Aszites <input type="checkbox"/> Eiter <input type="checkbox"/> Peritonärraushuss <input type="checkbox"/> Douglas <input type="checkbox"/> Mamma <input type="checkbox"/> Duodenalsaft Allgemeine Bakteriologie nativ <input type="checkbox"/> Eubakterielle (PCR) nach 24h wenn Kultur neg. nativ <input type="checkbox"/> Mykobakterien (M. tbc und NTM) nativ <input type="checkbox"/> Borrelia burgdorferi (PCR) Liquor / Synovia <input type="checkbox"/> Enteroviren (Cox./Echo/Polio; PCR) Liquor <input type="checkbox"/> Parvovirus B19 (PCR) nativ <input type="checkbox"/> Tropheryma whippelii (PCR) <input type="checkbox"/> CMV (PCR) (Liquor) <input type="checkbox"/> EBV (PCR) (Liquor) <input type="checkbox"/> FSME (PCR) (Liquor) <input type="checkbox"/> HSV 1/2 (PCR) (Liquor) <input type="checkbox"/> VZV (PCR) (Liquor) <input type="checkbox"/> Polyoma JC-Virus (Liquor) <input type="checkbox"/> Helicobacter pylori (Kultur) Biopsie in PORT-PYL <input type="checkbox"/> Punktat Synovia (nativ) Erweiss, Kristalle, Harnsäure, Glukose, CRP, RF <input type="checkbox"/> Zellzahl+Differenzierung (EDTA)

MIKROBIOLOGIE · PARASITOLOGIE

Bitte auf dieser Seite nichts ausfüllen.

Kultur:

Mikroskopie		Kultur/Bemerkung		REFO	DIFO	AEVK	AETI	URESCO	URKLEB	
im Block	einzel erfasst	KZU	U	Keimzahl	Keim 1	Menge !	Keim 2	Menge !	UDAN	Menge
LEUK	GPKK	BAKT	NN		BSTR	Gr. Menge !				
EPIT	GPKH	OMISCH	Menge		NORA	Menge	BSTRE	NN	BWAE	NN
HEFE	GPKD	NOHA	Menge		NONA	Menge	ANMF	Menge	BWANA	NN
GARDMO	GPS	GEKUA vaginal/zervikal		UREKU		EJKU Ejakulat		ESW/DE		
CLUE	GNKD	VAGS	Gr. Menge !		HAESP	Menge !	GAURM	Menge	PSAE	Menge !
GNS	MO	CASP	Menge !	NN	NOUR	Menge	HAESP	Menge !	CASP	Menge !
DOED	DETR	GAVA	Menge !	NN			NOUR		ASGSP	Menge !
GPK	ERYT	VALA	Menge	NN					NOHA	
	SPPIH									

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

Urinsediment

Leuk	
Ery	
Dys. Ery	
Akant. Ery	
Platteneppi	
Rundepi	
Bakterien	
Zylinder	
Kristalle	

STIX

Clostridium difficile

Tox. Dir.	
GDH-AG	
Kultur	
Tox. Kult.	
CDITP CDITN CDIOTN	

Stuhlbakterien

Campylobacter	
Salmonella	
Shigella	
Yersinia	
Aeromonas	
Plesiom. shigel.	
Vibrio	

Parasiten/Würmer

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

Sporestrip | **STER**

MUSFEE