

ANWEISUNG ZUR BAKTERIOLOGISCHEN UNTERSUCHUNG		
Patient: Familienname Vorname (in Blockschrift)		
Geburtsname:	Geburtsdatum:	Vers.Nr.:
PLZ:	Wohnort:	Straße:
Entnahmedatum: _____ Entnahmezeit: _____		
Lagerung: <input type="checkbox"/> gekühlt <input type="checkbox"/> Raumtemperatur <input type="checkbox"/> vorbebrütet (36°C) seit _____		
MATERIAL		
<input type="checkbox"/> Abstrich von _____	<input type="checkbox"/> Drain-/Katheterspitzen	<input type="checkbox"/> Sputum
<input type="checkbox"/> Punktat von _____	<input type="checkbox"/> Blutkultur Aerob	<input type="checkbox"/> Trachealsekret
<input type="checkbox"/> Sonstiges _____	<input type="checkbox"/> Blutkultur Anaerob	<input type="checkbox"/> Bronchiallavage
		<input type="checkbox"/> Katheterharn
		<input type="checkbox"/> Mittelstrahlharn
		<input type="checkbox"/> Stuhl
ANFORDERUNG		
<input type="checkbox"/> Kultur Antibiogramm	<input type="checkbox"/> Clostridium difficile Toxin A/B (Stuhl)	<input type="checkbox"/> GastroPanel PCR (Stuhl)
<input type="checkbox"/> Gramfärbung	<input type="checkbox"/> Rota-/Adenoviren (Stuhl)	<input type="checkbox"/> MRGN Screening
<input type="checkbox"/> Ziehl – Neelsen	<input type="checkbox"/> Noroviren (Stuhl)	<input type="checkbox"/> MRSA Screening
<input type="checkbox"/> Streptokokken B Screening	<input type="checkbox"/> Shigatoxin, EHEC (Stuhl)	
In Behandlung wegen _____		
Antibiotikaherapie mit: _____ seit: _____		
Einsender:	Zusätzlicher Befund an:	
<div style="text-align: right; margin-right: 50px;">Datum _____</div> <div style="text-align: right;">Tel. _____</div>		
Name/Stempel des zuständigen Arztes _____		
HINWEIS: Nur eine vollständig und gut leserlich ausgefüllte Anweisung ermöglicht eine rasche Befundausfolgung! Bei Fehlen eines Überweisungsscheines muss dem Patienten der Selbstzahlertarif verrechnet werden!		