

## ANWEISUNG ZUR MIKROBIOLOGISCHEN UNTERSUCHUNG

Patient: Familienname Vorname (in Blockschrift)

Geburtsname:

Geburtsdatum:

Vers.Nr.:

PLZ:

Wohnort:

Straße:

Entnahmedatum: \_\_\_\_\_ Entnahmezeit: \_\_\_\_\_

Lagerung:  gekühlt  Raumtemperatur  vorbebrütet (36°C) seit

### MATERIAL

- |   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Abstrich von _____ | <input type="checkbox"/> Drain-/Katheterspitzen | <input type="checkbox"/> Sputum          | <input type="checkbox"/> Dauerkatheterharn  |
| <input type="checkbox"/> Punktat von _____  | <input type="checkbox"/> Blutkultur Aerob       | <input type="checkbox"/> Trachealsekret  | <input type="checkbox"/> Einmalkatheterharn |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges _____    | <input type="checkbox"/> Blutkultur Anaerob     | <input type="checkbox"/> Bronchiallavage | <input type="checkbox"/> Mittelstrahlharn   |
|   |   |  | <input type="checkbox"/> Stuhl              |

### ANFORDERUNG

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kultur Antibiogramm                | <input type="checkbox"/> MRSA Screening - Kultur | <input type="checkbox"/> Stuhbakterien Panel PCR <sup>1</sup>                    |
| <input type="checkbox"/> Streptokokken B Screening (Kultur) | <input type="checkbox"/> MRGN Screening – Kultur | <input type="checkbox"/> Stuhlviren Panel PCR <sup>2</sup>                       |
|   | <input type="checkbox"/> MRE Screening - Kultur  | <input type="checkbox"/> GastroPanel PCR (Stuhl) <sup>3</sup>                    |
|   |  | <input type="checkbox"/> Clostridium difficile Toxin A/B Schnelltest/PCR (Stuhl) |

<sup>1</sup> Salmonella spp., Shigella spp., EIEC, Campylobacter spp., Shiga toxins 1&2 (STEC, EHEC), Yersinia enterocolitica, Plesiomonas shigelloides, Vibrio cholera, vulnificus & parahaemolyticus, ETEC PCR (Stuhl)

<sup>2</sup> Rota-/Adeno-/Noro-/ Astro- und Sapoviren

<sup>3</sup> Campylobacter, Clostridium difficile Toxin A/B, Plesiomonas shigelloides, Salmonella, Vibrio (Vibrio cholerae), Yersinia enterocolitica, Enteroaggregative Escherichia coli (EAEC), Enteropathogenic Escherichia coli (EPEC), Enterotoxigenic Escherichia coli (ETEC), Shiga-like toxin-producing Escherichia coli (STEC) stx1/stx2 (Escherichia coli O 157), Shigella / Enteroinvasive Escherichia coli (EIEC), Cryptosporidium, Cyclospora cayetanensis, Entamoeba histolytica, Giardia lamblia, Adenovirus F40/41, Astrovirus, Norovirus GI/GII, Rotavirus A, Sapovirus.

In Behandlung wegen \_\_\_\_\_

Antibiotikatherapie mit: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

Antibiotikatherapie geplant: \_\_\_\_\_

Einsender:

Zusätzlicher Befund an:

Datum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Name/Stempel des zuständigen Arztes

Tel. \_\_\_\_\_

**HINWEIS:** Nur eine vollständig und gut leserlich ausgefüllte Anweisung ermöglicht eine rasche Befundausfolgung!

Bei Fehlen eines Überweisungsscheines muss dem Patienten der Selbstzahlertarif verrechnet werden!