

ANWEISUNG ZUR MIKROBIOLOGISCHEN 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"/> Katheterharn
<input type="checkbox"/> Punktat von _____	<input type="checkbox"/> Blutkultur Aerob	<input type="checkbox"/> Trachealsekret	<input type="checkbox"/> Mittelstrahlharn
<input type="checkbox"/> Sonstiges _____	<input type="checkbox"/> Blutkultur Anaerob	<input type="checkbox"/> Bronchiallavage	<input type="checkbox"/> Stuhl
ANFORDERUNG			
<input type="checkbox"/> Kultur Antibiogramm	<input type="checkbox"/> MRSA Screening - Kultur	<input type="checkbox"/> Rota-/Adeno-/Noro-/ Astro- und Sapoviren - PCR (Stuhl)	
<input type="checkbox"/> Gramfärbung	<input type="checkbox"/> MRGN Screening – Kultur	<input type="checkbox"/> Shigatoxin, EHEC Schnelltest (Stuhl)	
<input type="checkbox"/> Ziehl – Neelsen Färbung	<input type="checkbox"/> MRE Screening - Kultur	<input type="checkbox"/> GastroPanel PCR (Stuhl)	
<input type="checkbox"/> Streptokokken B Screening (Kultur)	<input type="checkbox"/> Clostridium difficile Toxin A/B (Stuhl)		
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!			