

## 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"/> 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 Befundaufholung!

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