

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"/> 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)	<input type="checkbox"/> MRE Screening (MRSA, MRGN, VRE)	
In Behandlung wegen _____			
Antibiotikaherapie mit: _____		seit: _____	
Antibiotikaherapie geplant: _____			
Einsender:		Zusätzlicher Befund an:	

Name/Stempel des zuständigen Arztes		Datum _____	
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!			