

**PATIENTEN-ETIKETT MIT BARCODE:**

oder Patienten-Name, Geb.Datum, SV-Nr.:

**DIAGNOSE/Anlass d. Untersuchung**

**Krank seit:** \_\_\_\_\_ **Entnahme (Datum/Uhrzeit):** \_\_\_\_\_

**Anweisender Arzt/befugte Person:** \_\_\_\_\_ **Tel.:** \_\_\_\_\_

(Name in Blockbuchstaben) \_\_\_\_\_ **Unterschrift:** \_\_\_\_\_

**VORBEHANDELT**

Nein  JA, Mit \_\_\_\_\_

Erstuntersuchung  Wiederholungsuntersuchung

**EINSENDER:**

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> <b>ABSTRICH:</b> | <input type="checkbox"/> <b>SPUTUM:</b>          | <input type="checkbox"/> <b>KATHETERSPITZE</b>         |
| <input type="radio"/> Mund                | <input type="radio"/> Expektorat                 | <input type="checkbox"/> <b>BLUTKULTUR</b>             |
| <input type="radio"/> Rachen              | <input type="radio"/> Induktion                  | <input type="checkbox"/> <b>LIQUOR</b>                 |
| <input type="radio"/> Nase                | <input type="radio"/> Endotracheale Abs.         | <input type="checkbox"/> <b>DRAINSPITZE</b>            |
| <input type="radio"/> Ohr                 | <input type="radio"/> BAL                        | <input type="checkbox"/> <b>GEWEBE (Biopsie)</b>       |
| <input type="radio"/> Auge _____          | <input type="radio"/> BSK                        | Herkunft: _____  |
| <input type="radio"/> Urethra             | <input type="checkbox"/> <b>HARN:</b>            | <input type="checkbox"/> <b>IMPLANTAT/SONIFIKATION</b> |
| <input type="radio"/> Vagina              | <input type="radio"/> Mittelstrahl               | Herkunft: _____  |
| <input type="radio"/> Haut                | <input type="radio"/> Katheter                   | <input type="checkbox"/> <b>PUNKTAT</b> _____          |
| Herkunft: _____                           | <input type="radio"/> Uricult (Mittelstrahlharn) | <input type="checkbox"/> <b>MAGENSAFT</b>              |
| <input type="radio"/> Wunde               | <input type="radio"/> Uricult (Katheterharn)     | <input type="checkbox"/> <b>SONSTIGES MATERIAL</b>     |
| Herkunft: _____                           | <input type="checkbox"/> <b>STUHL</b>            | _____  |

**Gewünschte Untersuchung:** (Pro Untersuchung bitte einen eigenen Begleitschein ausfüllen!)

(Wenn keine Untersuchungsart angekreuzt ist, wird Kultur und Antibiogramm gemacht!)

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="radio"/> Kultur und Antibiogramm                 | <input type="radio"/> Malaria (Blutparasiten)<br>mikroskopisch (EDTA)   | <input type="radio"/> Streptokokken B                               |
| <input type="radio"/> Pilze                                   | <input type="radio"/> Parasiten/Wurmeier<br>mikroskopisch (Stuhl, Harn) | <input type="radio"/> Helicobacter pylori<br>Kultur u. Antibiogramm |
| <input type="radio"/> Mikroskopie<br>(Gram-Färbung)           | <input type="radio"/> Actinomyceten                                     | <input type="radio"/> Sonstiges: _____                              |
| <input type="radio"/> TBC + ZN-Färbung                        | <input type="radio"/> Nocardien   |   |
| <input type="radio"/> Urogenitale Mykoplasmen/<br>Ureaplasmen |   |   |



**PATIENTEN-ETIKETT MIT BARCODE:**

oder Patienten-Name, Geb.Datum, SV-Nr.:

**DIAGNOSE/Anlass d. Untersuchung**

**Krank seit:** \_\_\_\_\_ **Entnahme (Datum/Uhrzeit):** \_\_\_\_\_

**Anweisender Arzt/befugte Person:** \_\_\_\_\_ **Tel.:** \_\_\_\_\_

(Name in Blockbuchstaben) \_\_\_\_\_ **Unterschrift:** \_\_\_\_\_

**VORBEHANDELT**

Nein  JA, Mit \_\_\_\_\_

Erstuntersuchung  Wiederholungsuntersuchung

**EINSENDER:**

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> <b>ABSTRICH:</b> | <input type="checkbox"/> <b>SPUTUM:</b>          | <input type="checkbox"/> <b>KATHETERSPITZE</b>         |
| <input type="radio"/> Mund                | <input type="radio"/> Expektorat                 | <input type="checkbox"/> <b>BLUTKULTUR</b>             |
| <input type="radio"/> Rachen              | <input type="radio"/> Induktion                  | <input type="checkbox"/> <b>LIQUOR</b>                 |
| <input type="radio"/> Nase                | <input type="radio"/> Endotracheale Abs.         | <input type="checkbox"/> <b>DRAINSPITZE</b>            |
| <input type="radio"/> Ohr                 | <input type="radio"/> BAL                        | <input type="checkbox"/> <b>GEWEBE (Biopsie)</b>       |
| <input type="radio"/> Auge _____          | <input type="radio"/> BSK                        | Herkunft: _____  |
| <input type="radio"/> Urethra             | <input type="checkbox"/> <b>HARN:</b>            | <input type="checkbox"/> <b>IMPLANTAT/SONIFIKATION</b> |
| <input type="radio"/> Vagina              | <input type="radio"/> Mittelstrahl               | Herkunft: _____  |
| <input type="radio"/> Haut                | <input type="radio"/> Katheter                   | <input type="checkbox"/> <b>PUNKTAT</b> _____          |
| Herkunft: _____                           | <input type="radio"/> Uricult (Mittelstrahlharn) | <input type="checkbox"/> <b>MAGENSAFT</b>              |
| <input type="radio"/> Wunde               | <input type="radio"/> Uricult (Katheterharn)     | <input type="checkbox"/> <b>SONSTIGES MATERIAL</b>     |
| Herkunft: _____                           | <input type="checkbox"/> <b>STUHL</b>            | _____  |

**Gewünschte Untersuchung:** (Pro Untersuchung bitte einen eigenen Begleitschein ausfüllen!)

(Wenn keine Untersuchungsart angekreuzt ist, wird Kultur und Antibiogramm gemacht!)

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="radio"/> Kultur und Antibiogramm                 | <input type="radio"/> Malaria (Blutparasiten)<br>mikroskopisch (EDTA)   | <input type="radio"/> Streptokokken B                               |
| <input type="radio"/> Pilze                                   | <input type="radio"/> Parasiten/Wurmeier<br>mikroskopisch (Stuhl, Harn) | <input type="radio"/> Helicobacter pylori<br>Kultur u. Antibiogramm |
| <input type="radio"/> Mikroskopie<br>(Gram-Färbung)           | <input type="radio"/> Actinomyceten                                     | <input type="radio"/> Sonstiges: _____                              |
| <input type="radio"/> TBC + ZN-Färbung                        | <input type="radio"/> Nocardien   |   |
| <input type="radio"/> Urogenitale Mykoplasmen/<br>Ureaplasmen |   |   |



BK pos. nach \_\_\_\_\_ Tag(en) \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_ min.

**Mikroskopie:**

Gram:

Säurefeste Stäbchen:

**Fehlerhafte Einsendungen:** Anderes Material eingelangt/Kein Material angeführt:

Material: \_\_\_\_\_ Paraphe: \_\_\_\_\_

 Probe verworfen! Tel. mitgeteilt:

Paraphe: \_\_\_\_\_

Grund: \_\_\_\_\_

Paraphe: \_\_\_\_\_

Telefonische Mitteilung: \_\_\_\_\_ Mitteilung an (Name befugte Person): \_\_\_\_\_

Datum/Uhrzeit: \_\_\_\_\_ Beschreibung: \_\_\_\_\_

Name/Unterschrift des IKM-Bearbeiters: \_\_\_\_\_

**Zwischenbefund am:**

BK pos. nach \_\_\_\_\_ Tag(en) \_\_\_\_\_ h \_\_\_\_\_ min.

**Mikroskopie:**

Gram:

Säurefeste Stäbchen:

**Fehlerhafte Einsendungen:** Anderes Material eingelangt/Kein Material angeführt:

Material: \_\_\_\_\_ Paraphe: \_\_\_\_\_

 Probe verworfen! Tel. mitgeteilt:

Paraphe: \_\_\_\_\_

Grund: \_\_\_\_\_

Paraphe: \_\_\_\_\_

Telefonische Mitteilung: \_\_\_\_\_ Mitteilung an (Name befugte Person): \_\_\_\_\_

Datum/Uhrzeit: \_\_\_\_\_ Beschreibung: \_\_\_\_\_

Name/Unterschrift des IKM-Bearbeiters: \_\_\_\_\_

**Zwischenbefund am:**