

Inst. f. Krankenhaushygiene und Mikrobiologie
8010 Graz, Stiftingtalstraße 14
 Ärztlicher Direktor: Prim. Dr. med. Klaus Vander
 Tel.: 0316/340-5700, Fax.: 5702
ANNAHMEZEITEN: Montag bis Freitag: 7.30 - 14.30 Uhr,
 Samstag: 8.00 - 11.00 Uhr; Sonn- und Feiertag: 8.30 - 10.00 Uhr

**BEGLEITSCHIN FÜR
 BAKTERIOLOGISCHE, MYKOLOGISCHE,
 PARASITOLOGISCHE UND TUBERKULOSE
 UNTERSUCHUNGEN**

BITTE NICHT BESCHRIFTEN!!!!

BARCODE LABOR

PATIENTEN-ETIKETT MIT BARCODE:

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

EINSENDER:

Paraphe:

ABSTRICH:

- Mund
- Rachen
- Nase
- Ohr
- Auge _____
- Urethra
- Vagina
- Haut

- Herkunft: _____
- Wunde
- Herkunft: _____

SPUTUM:

- Expektoration
- Induktion
- Endotracheale Abs.
- BAL
- BSK

HARN:

- Mittelstrahl
- Katheter
- Uricult (Mittelstrahlharn)
- Uricult (Katheterharn)

STUHL

MAGENSAFT

KATHETERSPITZE

BLUTKULTUR

LIQUOR

DRAINSPIITZE

GEWEBE (Biopsie)

Herkunft: _____

IMPLANTAT/SONIFIKATION

Herkunft: _____

PUNKTAT

Herkunft: _____

SONSTIGES MATERIAL

DIAGNOSE/Anlass d. Untersuchung

Krank seit:

Entnahme (Datum/Uhrzeit):

Anweisender Arzt/befugte Person:

Tel.:

(Name in Blockbuchstaben)

Unterschrift:

VORBEHANDELT

Nein JA, Mit _____

Erstuntersuchung Wiederholungsuntersuchung

Version 10.0, 14.12.2017

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

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

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



ARBEITSPROTOKOLL DES LABORS:

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: