
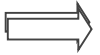

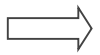


IKM Ärztlicher Direktor: Prim. Dr. med. Klaus Vander 8010 Graz, Stiftingtalstraße 16 Befundauskunft: Tel. 0316/340-5720, Fax 5702 Anfrage zur Probenannahme: Tel. 0316/340-5704 ANNAHMEZEITEN: Montag bis Freitag bis 14:30 Uhr, Samstag bis 11:00 Uhr; Sonn- und Feiertag bis 10:00 Uhr	BEGLEITSCHIN FÜR BAKTERIOLOGISCHE, MYKOLOGISCHE, PARASITOLOGISCHE UND TUBERKULOSE UNTERSUCHUNGEN Version 13.0, 22.05.2023 (1011.3703)		 Steiermärkische Krankenanstalten — IKM – INSTITUT FÜR KRANKENHAUSHYGIENE UND MIKROBIOLOGIE		
	PATIENTEN-ETIKETT MIT BARCODE: oder Patienten-Name, Geb.Datum, SV-Nr.:				
DIAGNOSE/Anlass d. Untersuchung			EINSENDER:		
Krank seit: Entnahme (Datum/Uhrzeit):			ABSTRICH: <input type="checkbox"/> Mund <input type="checkbox"/> Rachen <input type="checkbox"/> Nase <input type="checkbox"/> Ohr <input type="checkbox"/> Auge _____ <input type="checkbox"/> Urethra <input type="checkbox"/> Vagina <input type="checkbox"/> Haut Herkunft: _____ <input type="checkbox"/> Wunde Herkunft: _____	Respirator. Sekrete: <input type="checkbox"/> Sputum <input type="checkbox"/> Endotracheale Abs. <input type="checkbox"/> BAL <input type="checkbox"/> BSK HARN: <input type="checkbox"/> Mittelstrahl <input type="checkbox"/> Katheter <input type="checkbox"/> Uricult (Mittelstrahlharn) <input type="checkbox"/> Uricult (Katheterharn) <input type="checkbox"/> STUHL	<input type="checkbox"/> KATHETERSPITZE <input type="checkbox"/> BLUTKULTUR <input type="checkbox"/> LIQUOR <input type="checkbox"/> DRAINSPITZE <input type="checkbox"/> GEWEBE (Biopsie) Herkunft: _____ <input type="checkbox"/> IMPLANTAT/SONIFIKATION Herkunft: _____ <input type="checkbox"/> PUNKTAT _____ <input type="checkbox"/> MAGENSAFT <input type="checkbox"/> SONSTIGES MATERIAL
Anweisender Arzt/befugte Person: Tel.: _____ (Name in Blockbuchstaben) Unterschrift: _____			Gewünschte Untersuchung: (Pro Untersuchung bitte einen eigenen Begleitschein ausfüllen!) (Wenn keine Untersuchungsart angekreuzt ist, wird Kultur und Antibiogramm gemacht!)		
VORBEHANDELT <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> JA, mit _____ <input type="radio"/> Erstuntersuchung <input type="radio"/> Wiederholungsuntersuchung			<input type="radio"/> Bakterienkultur und Antibiogramm <input type="radio"/> Pilzkultur <input type="radio"/> Mikroskopie (Gram-Färbung) <input type="radio"/> Mykobakterien (TBC, NTM) ZN-Färbung <input type="radio"/> Malaria (Blutparasiten) mikroskopisch (EDTA) <input type="radio"/> Parasiten/Wurmeier mikroskopisch (Stuhl, Harn) <input type="radio"/> Urogenitale Mykoplasmen/ Ureaplasmen <input type="radio"/> Streptokokken B <input type="radio"/> Helicobacter pylori Kultur u. Antibiogramm <input type="radio"/> Actinomyceten (Kultur) <input type="radio"/> Nocardien (Kultur)		



IKM Ärztlicher Direktor: Prim. Dr. med. Klaus Vander 8010 Graz, Stiftingtalstraße 16 Befundauskunft: Tel. 0316/340-5720, Fax 5702 Anfrage zur Probenannahme: Tel. 0316/340-5704 ANNAHMEZEITEN: Montag bis Freitag bis 14:30 Uhr, Samstag bis 11:00 Uhr; Sonn- und Feiertag bis 10:00 Uhr	BEGLEITSCHIN FÜR BAKTERIOLOGISCHE, MYKOLOGISCHE, PARASITOLOGISCHE UND TUBERKULOSE UNTERSUCHUNGEN Version 13.0, 22.05.2023 (1011.3703)		 Steiermärkische Krankenanstalten — IKM – INSTITUT FÜR KRANKENHAUSHYGIENE UND MIKROBIOLOGIE		
	PATIENTEN-ETIKETT MIT BARCODE: oder Patienten-Name, Geb.Datum, SV-Nr.:				
DIAGNOSE/Anlass d. Untersuchung			EINSENDER:		
Krank seit: Entnahme (Datum/Uhrzeit):			ABSTRICH: <input type="checkbox"/> Mund <input type="checkbox"/> Rachen <input type="checkbox"/> Nase <input type="checkbox"/> Ohr <input type="checkbox"/> Auge _____ <input type="checkbox"/> Urethra <input type="checkbox"/> Vagina <input type="checkbox"/> Haut Herkunft: _____ <input type="checkbox"/> Wunde Herkunft: _____	Respirator. Sekrete: <input type="checkbox"/> Sputum <input type="checkbox"/> Endotracheale Abs. <input type="checkbox"/> BAL <input type="checkbox"/> BSK HARN: <input type="checkbox"/> Mittelstrahl <input type="checkbox"/> Katheter <input type="checkbox"/> Uricult (Mittelstrahlharn) <input type="checkbox"/> Uricult (Katheterharn) <input type="checkbox"/> STUHL	<input type="checkbox"/> KATHETERSPITZE <input type="checkbox"/> BLUTKULTUR <input type="checkbox"/> LIQUOR <input type="checkbox"/> DRAINSPITZE <input type="checkbox"/> GEWEBE (Biopsie) Herkunft: _____ <input type="checkbox"/> IMPLANTAT/SONIFIKATION Herkunft: _____ <input type="checkbox"/> PUNKTAT _____ <input type="checkbox"/> MAGENSAFT <input type="checkbox"/> SONSTIGES MATERIAL
Anweisender Arzt/befugte Person: Tel.: _____ (Name in Blockbuchstaben) Unterschrift: _____			Gewünschte Untersuchung: (Pro Untersuchung bitte einen eigenen Begleitschein ausfüllen!) (Wenn keine Untersuchungsart angekreuzt ist, wird Kultur und Antibiogramm gemacht!)		
VORBEHANDELT <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> JA, mit _____ <input type="radio"/> Erstuntersuchung <input type="radio"/> Wiederholungsuntersuchung			<input type="radio"/> Bakterienkultur und Antibiogramm <input type="radio"/> Pilzkultur <input type="radio"/> Mikroskopie (Gram-Färbung) <input type="radio"/> Mykobakterien (TBC, NTM) ZN-Färbung <input type="radio"/> Malaria (Blutparasiten) mikroskopisch (EDTA) <input type="radio"/> Parasiten/Wurmeier mikroskopisch (Stuhl, Harn) <input type="radio"/> Urogenitale Mykoplasmen/ Ureaplasmen <input type="radio"/> Streptokokken B <input type="radio"/> Helicobacter pylori Kultur u. Antibiogramm <input type="radio"/> Actinomyceten (Kultur) <input type="radio"/> Nocardien (Kultur)		



Telefonische Mitteilung:

Datum/Uhrzeit: _____

Mitteilung an (Name befugte Person): _____

Beschreibung: _____

Name/Unterschrift des IKM-Bearbeiters: _____

Fehlerhafte Einsendungen:

Anderes Material eingelangt/Kein Material angeführt:
Material: _____ Paraphe: _____

Probe verworfen! Tel. mitgeteilt:
_____ Paraphe: _____

Grund: _____

Telefonische Mitteilung:

Datum/Uhrzeit: _____

Mitteilung an (Name befugte Person): _____

Beschreibung: _____

Name/Unterschrift des IKM-Bearbeiters: _____

Fehlerhafte Einsendungen:

Anderes Material eingelangt/Kein Material angeführt:
Material: _____ Paraphe: _____

Probe verworfen! Tel. mitgeteilt:
_____ Paraphe: _____

Grund: _____
