


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 12.0, 07.12.2022 (1011.3703)		 Steiermärkische Krankenanstalten — IKM – INSTITUT FÜR KRANKENHAUSHYGIENE UND MIKROBIOLOGIE														
	PATIENTEN-ETIKETT MIT BARCODE: oder Patienten-Name, Geb.Datum, SV-Nr.:																
EINSENDER:																	
<table border="0"> <tr> <td> 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: _____ </td> <td> 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 </td> <td> <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 </td> </tr> </table>			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												
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															
DIAGNOSE/Anlass d. Untersuchung																	
<table border="0"> <tr> <td>Krank seit:</td> <td>Entnahme (Datum/Uhrzeit):</td> </tr> <tr> <td>Anweisender Arzt/befugte Person:</td> <td>Tel.:</td> </tr> <tr> <td>(Name in Blockbuchstaben)</td> <td>Unterschrift:</td> </tr> </table>			Krank seit:	Entnahme (Datum/Uhrzeit):	Anweisender Arzt/befugte Person:	Tel.:	(Name in Blockbuchstaben)	Unterschrift:									
Krank seit:	Entnahme (Datum/Uhrzeit):																
Anweisender Arzt/befugte Person:	Tel.:																
(Name in Blockbuchstaben)	Unterschrift:																
VORBEHANDELT <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> JA, mit _____ <input type="checkbox"/> Erstuntersuchung <input type="checkbox"/> Wiederholungsuntersuchung																	
Gewünschte Untersuchung: (Pro Untersuchung bitte einen eigenen Begleitschein ausfüllen!) (Wenn keine Untersuchungsart angekreuzt ist, wird Kultur und Antibiogramm gemacht!) <table border="0"> <tr> <td><input type="radio"/> Kultur und Antibiogramm</td> <td><input type="radio"/> Malaria (Blutparasiten) mikroskopisch (EDTA)</td> <td><input type="radio"/> Streptokokken B</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Pilze</td> <td><input type="radio"/> Mikroskopie (Gram-Färbung)</td> <td><input type="radio"/> Helicobacter pylori Kultur u. Antibiogramm</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> TBC + ZN-Färbung</td> <td><input type="radio"/> Parasiten/Wurmeier mikroskopisch (Stuhl, Harn)</td> <td><input type="radio"/> Sonstiges: _____</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Urogenitale Mykoplasmen/ Ureaplasmen</td> <td><input type="radio"/> Actinomyceten</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="radio"/> Nocardien</td> <td></td> </tr> </table> <div style="text-align: right;">➔</div>			<input type="radio"/> Kultur und Antibiogramm	<input type="radio"/> Malaria (Blutparasiten) mikroskopisch (EDTA)	<input type="radio"/> Streptokokken B	<input type="radio"/> Pilze	<input type="radio"/> Mikroskopie (Gram-Färbung)	<input type="radio"/> Helicobacter pylori Kultur u. Antibiogramm	<input type="radio"/> TBC + ZN-Färbung	<input type="radio"/> Parasiten/Wurmeier mikroskopisch (Stuhl, Harn)	<input type="radio"/> Sonstiges: _____	<input type="radio"/> Urogenitale Mykoplasmen/ Ureaplasmen	<input type="radio"/> Actinomyceten			<input type="radio"/> Nocardien	
<input type="radio"/> Kultur und Antibiogramm	<input type="radio"/> Malaria (Blutparasiten) mikroskopisch (EDTA)	<input type="radio"/> Streptokokken B															
<input type="radio"/> Pilze	<input type="radio"/> Mikroskopie (Gram-Färbung)	<input type="radio"/> Helicobacter pylori Kultur u. Antibiogramm															
<input type="radio"/> TBC + ZN-Färbung	<input type="radio"/> Parasiten/Wurmeier mikroskopisch (Stuhl, Harn)	<input type="radio"/> Sonstiges: _____															
<input type="radio"/> Urogenitale Mykoplasmen/ Ureaplasmen	<input type="radio"/> Actinomyceten																
	<input type="radio"/> Nocardien																

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 12.0, 07.12.2022 (1011.3703)		 Steiermärkische Krankenanstalten — IKM – INSTITUT FÜR KRANKENHAUSHYGIENE UND MIKROBIOLOGIE														
	PATIENTEN-ETIKETT MIT BARCODE: oder Patienten-Name, Geb.Datum, SV-Nr.:																
EINSENDER:																	
<table border="0"> <tr> <td> 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: _____ </td> <td> 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 </td> <td> <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 </td> </tr> </table>			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												
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															
DIAGNOSE/Anlass d. Untersuchung																	
<table border="0"> <tr> <td>Krank seit:</td> <td>Entnahme (Datum/Uhrzeit):</td> </tr> <tr> <td>Anweisender Arzt/befugte Person:</td> <td>Tel.:</td> </tr> <tr> <td>(Name in Blockbuchstaben)</td> <td>Unterschrift:</td> </tr> </table>			Krank seit:	Entnahme (Datum/Uhrzeit):	Anweisender Arzt/befugte Person:	Tel.:	(Name in Blockbuchstaben)	Unterschrift:									
Krank seit:	Entnahme (Datum/Uhrzeit):																
Anweisender Arzt/befugte Person:	Tel.:																
(Name in Blockbuchstaben)	Unterschrift:																
VORBEHANDELT <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> JA, mit _____ <input type="checkbox"/> Erstuntersuchung <input type="checkbox"/> Wiederholungsuntersuchung																	
Gewünschte Untersuchung: (Pro Untersuchung bitte einen eigenen Begleitschein ausfüllen!) (Wenn keine Untersuchungsart angekreuzt ist, wird Kultur und Antibiogramm gemacht!) <table border="0"> <tr> <td><input type="radio"/> Kultur und Antibiogramm</td> <td><input type="radio"/> Malaria (Blutparasiten) mikroskopisch (EDTA)</td> <td><input type="radio"/> Streptokokken B</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Pilze</td> <td><input type="radio"/> Mikroskopie (Gram-Färbung)</td> <td><input type="radio"/> Helicobacter pylori Kultur u. Antibiogramm</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> TBC + ZN-Färbung</td> <td><input type="radio"/> Parasiten/Wurmeier mikroskopisch (Stuhl, Harn)</td> <td><input type="radio"/> Sonstiges: _____</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Urogenitale Mykoplasmen/ Ureaplasmen</td> <td><input type="radio"/> Actinomyceten</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="radio"/> Nocardien</td> <td></td> </tr> </table> <div style="text-align: right;">➔</div>			<input type="radio"/> Kultur und Antibiogramm	<input type="radio"/> Malaria (Blutparasiten) mikroskopisch (EDTA)	<input type="radio"/> Streptokokken B	<input type="radio"/> Pilze	<input type="radio"/> Mikroskopie (Gram-Färbung)	<input type="radio"/> Helicobacter pylori Kultur u. Antibiogramm	<input type="radio"/> TBC + ZN-Färbung	<input type="radio"/> Parasiten/Wurmeier mikroskopisch (Stuhl, Harn)	<input type="radio"/> Sonstiges: _____	<input type="radio"/> Urogenitale Mykoplasmen/ Ureaplasmen	<input type="radio"/> Actinomyceten			<input type="radio"/> Nocardien	
<input type="radio"/> Kultur und Antibiogramm	<input type="radio"/> Malaria (Blutparasiten) mikroskopisch (EDTA)	<input type="radio"/> Streptokokken B															
<input type="radio"/> Pilze	<input type="radio"/> Mikroskopie (Gram-Färbung)	<input type="radio"/> Helicobacter pylori Kultur u. Antibiogramm															
<input type="radio"/> TBC + ZN-Färbung	<input type="radio"/> Parasiten/Wurmeier mikroskopisch (Stuhl, Harn)	<input type="radio"/> Sonstiges: _____															
<input type="radio"/> Urogenitale Mykoplasmen/ Ureaplasmen	<input type="radio"/> Actinomyceten																
	<input type="radio"/> Nocardien																

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: