

**Patienten Etikett mit Barcode**

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

**Einsender:**

**Diagnose/Anlass d. Untersuchung**

Krank seit: Entnahme (Datum/Uhrzeit):

Anweisender Arzt/befugte Person: Tel.:

(Name in Blockbuchstaben) Unterschrift:

**vorbehandelt:**

Nein  JA, mit \_\_\_\_\_  
 Erstuntersuchung  Wiederholungsuntersuchung

**Abstrich:**

- Mund
- Rachen
- Nase
- Ohr
- Auge \_\_\_\_\_
- Urethra
- Vagina
- Haut
- Herkunft: \_\_\_\_\_
- Wunde
- Herkunft: \_\_\_\_\_

**Respirator. Sekrete:**

- Sputum
- Endotracheale Abs.
- BAL
- BSK

**Harn:**

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


**sonstiges Material**

**Katheterspitze**

- Blutkultur**
- bebrütet positive Blutkultur**
- Liquor**
- Drainspitze**
- Gewebe** (Biopsie)
- Herkunft: \_\_\_\_\_
- Implantat/Sonifikation**
- Herkunft: \_\_\_\_\_
- Punktat**
- Magensaft**

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

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

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Bakterienkultur</b><br>und Antibiogramm                       | <input type="checkbox"/> <b>Malaria</b> (Blutparasiten)<br>mikroskopisch (EDTA)   | <input type="checkbox"/> <b>Streptokokken B</b><br>Screening und Antibiogramm   |
| <input type="checkbox"/> <b>Pilzkultur</b>  | <input type="checkbox"/> <b>Parasiten/Wurmeier</b><br>mikroskopisch (Stuhl, Harn) | <input type="checkbox"/> <b>Helicobacter pylori</b><br>Kultur und Antibiogramm  |
| <input type="checkbox"/> <b>Mikroskopie</b><br>Gram-Färbung                               | <input type="checkbox"/> Urogenitale <b>Mykoplasmen/</b><br><b>Ureaplasmen</b>    | <input type="checkbox"/> <b>Actinomyceten</b> (Kultur)  |
| <input type="checkbox"/> <b>Mykobakterien</b> (TBC, NTM)<br>Kultur und <b>ZN</b> -Färbung |   | <input type="checkbox"/> <b>Nocardien</b> (Kultur)  |

**Patienten Etikett mit Barcode**

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

**Einsender:**

**Diagnose/Anlass d. Untersuchung**

Krank seit: Entnahme (Datum/Uhrzeit):

Anweisender Arzt/befugte Person: Tel.:

(Name in Blockbuchstaben) Unterschrift:

**vorbehandelt:**

Nein  JA, mit \_\_\_\_\_  
 Erstuntersuchung  Wiederholungsuntersuchung

**Abstrich:**

- Mund
- Rachen
- Nase
- Ohr
- Auge \_\_\_\_\_
- Urethra
- Vagina
- Haut
- Herkunft: \_\_\_\_\_
- Wunde
- Herkunft: \_\_\_\_\_

**Respirator. Sekrete:**

- Sputum
- Endotracheale Abs.
- BAL
- BSK

**Harn:**

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


**sonstiges Material:**

**Katheterspitze**

- Blutkultur**
- bebrütet positive Blutkultur**
- Liquor**
- Drainspitze**
- Gewebe** (Biopsie)
- Herkunft: \_\_\_\_\_
- Implantat/Sonifikation**
- Herkunft: \_\_\_\_\_
- Punktat**
- Magensaft**

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

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

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> <b>Bakterienkultur</b><br>und Antibiogramm                       | <input type="checkbox"/> <b>Malaria</b> (Blutparasiten)<br>mikroskopisch (EDTA)   | <input type="checkbox"/> <b>Streptokokken B</b><br>Screening und Antibiogramm  |
| <input type="checkbox"/> <b>Pilzkultur</b>  | <input type="checkbox"/> <b>Parasiten/Wurmeier</b><br>mikroskopisch (Stuhl, Harn) | <input type="checkbox"/> <b>Helicobacter pylori</b><br>Kultur und Antibiogramm   |
| <input type="checkbox"/> <b>Mikroskopie</b><br>Gram-Färbung                               | <input type="checkbox"/> Urogenitale <b>Mykoplasmen/</b><br><b>Ureaplasmen</b>    | <input type="checkbox"/> <b>Actinomyceten</b> (Kultur)   |
| <input type="checkbox"/> <b>Mykobakterien</b> (TBC, NTM)<br>Kultur und <b>ZN</b> -Färbung |   | <input type="checkbox"/> <b>Nocardien</b> (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:  
Grund: \_\_\_\_\_ **Paraphe:** \_\_\_\_\_

**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:  
Grund: \_\_\_\_\_ **Paraphe:** \_\_\_\_\_