

Patienten Etikett mit Barcode:

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

Einsender:

- Rachen/Nase gepoolt Trachealsekret
 Haut gepoolt Wunde: _____
 Rektalabstrich andere Lokalisationen:
 Stuhl _____

Diagnose / Anlass d. Untersuchung:

Untersuchungsart **PCR** (Erstuntersuchung)

Krank seit: Entnahme (Datum/Uhrzeit):

Tel.:

Anweisender Arzt/befugte Person:

(Name in Blockbuchstaben) Unterschrift:

vorbehandelt:

Nein Ja, mit

Erstuntersuchung Wiederholungsuntersuchung

Untersuchungsart **Screening Kultur**

- MRSA** (Methicillin resistenter Staphylococcus aureus)
 MRGN (Multiresistente gramnegative Erreger)
 VRE (Vancomycin resistente Enterokokken)
 LRE (Linezolid resistente Enterokokken)
 Candida auris



Patienten-Etikett mit Barcode:

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

Einsender:

- Rachen/Nase gepoolt Trachealsekret
 Haut gepoolt Wunde: _____
 Rektalabstrich andere Lokalisationen:
 Stuhl _____

Diagnose / Anlass d. Untersuchung:

Untersuchungsart **PCR** (Erstuntersuchung)

Krank seit: Entnahme (Datum/Uhrzeit):

Tel.:

(Name in Blockbuchstaben) Unterschrift:

vorbehandelt:

Nein Ja, mit

Erstuntersuchung Wiederholungsuntersuchung

Untersuchungsart **Screening Kultur**

- MRSA** (Methicillin resistenter Staphylococcus aureus)
 MRGN (Multiresistente gramnegative Erreger)
 VRE (Vancomycin resistente Enterokokken)
 LRE (Linezolid resistente Enterokokken)
 Candida auris



Einsender Info

26.01.2026 (2002.1932)

Lokalisationen:

MRGN: Rachen/Nase gepoolt, Haut gepoolt, Rektalabstrich oder Stuhl

MRSA: Rachen/Nase gepoolt, Haut gepoolt

MRSA PCR nur bei Erstscreening!

VRE: Rachen/Nase gepoolt, Haut gepoolt, Rektalabstrich oder Stuhl

Linezolidresistenz: Rachen/Nase gepoolt, Haut gepoolt,

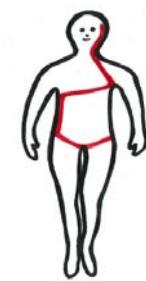
Rektalabstrich oder Stuhl

C. auris: Rachen/Nase gepoolt, Haut gepoolt, Rektalabstrich oder Stuhl

Im Anlassfall zusätzlich Wunden und bereits bekannte Lokalisationen



Rachen/Nase gepoolt



Haut gepoolt



Rektal/Stuhl

Screeningindikationen:

Siehe Fachrichtlinien 11 (MRSA, VRE, LRE) und FRL 27

(MRGN) und FRL 41 (Candida auris) !

Nähere Informationen zu Dekolonisierung, Monitoring, Isolierung und weiterführenden Hygiene-Maßnahmen siehe Fachrichtlinien 11, 27 und 41 !

Telefonische Mitteilung: _____

Datum/Uhrzeit: _____

Name/Unterschrift des IKM-Bearbeiters: _____

Mitteilung an (Name befugte Person): _____

Beschreibung: _____

Einsender Info

26.01.2026 (2002.1932)

Lokalisationen:

MRGN: Rachen/Nase gepoolt, Haut gepoolt, Rektalabstrich oder Stuhl

MRSA: Rachen/Nase gepoolt, Haut gepoolt

MRSA PCR nur bei Erstscreening!

VRE: Rachen/Nase gepoolt, Haut gepoolt, Rektalabstrich oder Stuhl

Linezolidresistenz: Rachen/Nase gepoolt, Haut gepoolt,

Rektalabstrich oder Stuhl

C. auris: Rachen/Nase gepoolt, Haut gepoolt, Rektalabstrich oder Stuhl

Im Anlassfall zusätzlich Wunden und bereits bekannte Lokalisationen



Rachen/Nase gepoolt



Haut gepoolt



Rektal/Stuhl

Screeningindikationen:

Siehe Fachrichtlinien 11 (MRSA, VRE, LRE) und FRL 27

(MRGN) und FRL 41 (Candida auris) !

Nähere Informationen zu Dekolonisierung, Monitoring, Isolierung und weiterführenden Hygiene-Maßnahmen siehe Fachrichtlinien 11, 27 und 41 !

Telefonische Mitteilung: _____

Datum/Uhrzeit: _____

Name/Unterschrift des IKM-Bearbeiters: _____

Mitteilung an (Name befugte Person): _____

Beschreibung: _____