

**INSTITUT FÜR KRANKENHAUSHYGIENE UND MIKROBIOLOGIE**

Ärztlicher Direktor: Prim. Dr. med. Klaus Vander  
8010 Graz, Stiftingtalstraße 16

**Befundauskunft:** Tel. 0316/340-5720, e-mail: [ikm-inbox@kages.at](mailto:ikm-inbox@kages.at)

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

**IKM****BEGLEITSCHIN für  
SCREENING****AUF MULTIRESISTENTE ERREGER**

16.01.2025 (2002.1932)

**HELP**

**Steiermärkische  
Krankenanstalten**  
IKM – INSTITUT FÜR  
KRANKENHAUSHYGIENE  
UND MIKROBIOLOGIE

**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:**

Krank seit:

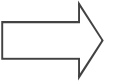
Entnahme (Datum/Uhrzeit):

Tel.:

**Anweisender Arzt/befugte Person:**

(Name in Blockbuchstaben)

Unterschrift:

**vorbehandelt:** Nein Ja, mit Erstuntersuchung Wiederholungsuntersuchung**Untersuchungsart PCR (Erstuntersuchung)** **MRSA****Untersuchungsart Screening Kultur** **MRSA** (Methicillin resistenter Staphylococcus aureus) **MRGN** (Multiresistente gramnegative Erreger) **VRE** (Vancomycin resistente Enterokokken) **LRE** (Linezolid resistente Enterokokken) **Candida auris****INSTITUT FÜR KRANKENHAUSHYGIENE UND MIKROBIOLOGIE**

Ärztlicher Direktor: Prim. Dr. med. Klaus Vander  
8010 Graz, Stiftingtalstraße 16

**Befundauskunft:** Tel. 0316/340-5720, e-mail: [ikm-inbox@kages.at](mailto:ikm-inbox@kages.at)

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

**IKM****BEGLEITSCHIN für  
SCREENING****AUF MULTIRESISTENTE ERREGER**

16.01.2025 (2002.1932)

**HELP**

**Steiermärkische  
Krankenanstalten**  
IKM – INSTITUT FÜR  
KRANKENHAUSHYGIENE  
UND MIKROBIOLOGIE

**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:**

Krank seit:

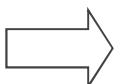
Entnahme (Datum/Uhrzeit):

Tel.:

**Anweisender Arzt/befugte Person:**

(Name in Blockbuchstaben)

Unterschrift:

**vorbehandelt:** Nein Ja, mit Erstuntersuchung Wiederholungsuntersuchung**Untersuchungsart PCR (Erstuntersuchung)** **MRSA****Untersuchungsart Screening Kultur** **MRSA** (Methicillin resistenter Staphylococcus aureus) **MRGN** (Multiresistente gramnegative Erreger) **VRE** (Vancomycin resistente Enterokokken) **LRE** (Linezolid resistente Enterokokken) **Candida auris**

**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

**Screeningindikationen:**

Siehe Fachrichtlinien 11 (MRSA, VRE, LRE) und FRL 27 (MRGN) und FRL 4 (Candida auris) !

*Nähere Informationen zu Dekolonisierung, Monitoring, Isolierung und weiterführenden Hygiene-Maßnahmen siehe Fachrichtlinien 4, 11 und 27!*



Rachen/Nase gepoolt



Haut gepoolt



Rektal/Stuhl

Telefonische Mitteilung: \_\_\_\_\_  
Datum/Uhrzeit: \_\_\_\_\_  
Name/Unterschrift des IKM-Bearbeiters: \_\_\_\_\_  
Mitteilung an (Name befugte Person): \_\_\_\_\_  
Beschreibung: \_\_\_\_\_

**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

**Screeningindikationen:**

Siehe Fachrichtlinien 11 (MRSA, VRE, LRE) und FRL 27 (MRGN) und FRL 4 (Candida auris) !

*Nähere Informationen zu Dekolonisierung, Monitoring, Isolierung und weiterführenden Hygiene-Maßnahmen siehe Fachrichtlinien 4, 11 und 27!*



Rachen/Nase gepoolt



Haut gepoolt



Rektal/Stuhl

Telefonische Mitteilung: \_\_\_\_\_  
Datum/Uhrzeit: \_\_\_\_\_  
Name/Unterschrift des IKM-Bearbeiters: \_\_\_\_\_  
Mitteilung an (Name befugte Person): \_\_\_\_\_  
Beschreibung: \_\_\_\_\_