



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 **MOLEKULARE**  
**MIKROBIOLOGIE (PCR)**

Direkter Erregernachweis  
01.05.2022 (1005.2893)



Steiermärkische  
Krankenanstalten —  
IKM – INSTITUT FÜR  
KRANKENHAUSHYGIENE  
UND MIKROBIOLOGIE

**PATIENTEN-ETIKETT MIT BARCODE:**

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

**EINSENDER** (Stempel):

**Material:**

- |  |                                       |  |
|--|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Expektoration | <input type="checkbox"/> Haut gepoolt | <input type="checkbox"/> Stuhl                     |
| <input type="checkbox"/> BAL           | <input type="checkbox"/> Liquor       | <input type="checkbox"/> Punktat: _____            |
| <input type="checkbox"/> BSK           | <input type="checkbox"/> EDTA-Plasma  | <input type="checkbox"/> Abstrich: _____           |
| <input type="checkbox"/> Rachen/Nase   | <input type="checkbox"/> Serum        | <input type="checkbox"/> Sonstiges Material: _____ |
- gepoolt

Untersuchung nach **GSG** (Gewebesicherheitsgesetz)

**Gewünschte Untersuchung:** (erforderliches Material siehe Rückseite)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="radio"/> HBV quantitativ   | <input type="radio"/> Chlamydia trachomatis                     |
| <input type="radio"/> HCV quantitativ   | <input type="radio"/> Neisseria gonorrhoeae                     |
| <input type="radio"/> HSV 1/2 quantitativ   | <input type="radio"/> MRSA                                      |
| <input type="radio"/> VZV quantitativ   | <input type="radio"/> Borrelia burgdorferi sensu lato           |
| <input type="radio"/> CMV quantitativ   | <input type="radio"/> Mycobacterium tuberculosis complex (MTBC) |
| <input type="radio"/> Enteroviren (EV) qualitativ   | <input type="radio"/> MTBC Resistenzbestimmung 1                |
| <input type="radio"/> Liquorblock (HSV, VZV, CMV, EV)   | <input type="radio"/> MTBC Resistenzbestimmung 2                |
| <input type="radio"/> Influenza A/B & RSV   |   |
| <input type="radio"/> Pneumocystis jirovecii ( <b>nur</b> aus BAL)                            |   |
| <input type="radio"/> Helicobacter pylori-PCR u. Resistenzbestimmung (Material: Magenbiopsie) |   |

Noro-, Adeno-, Rota-, Astro- und Sapoviren

**CAP** Bakterien (community aquired pneumonia)

(siehe Rückseite) →

**CAP** Viren (community aquired pneumonia)

**DIAGNOSE/Anlass d. Untersuchung:**

**Krank seit:** \_\_\_\_\_ **Entnahme (Datum/Uhrzeit):** \_\_\_\_\_

**Anweisender Arzt/befugte Person:** \_\_\_\_\_ **Tel.:** \_\_\_\_\_

(Name in Blockbuchstaben)

Unterschrift:



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 **MOLEKULARE**  
**MIKROBIOLOGIE (PCR)**

Direkter Erregernachweis  
01.05.2022 (1005.2893)



Steiermärkische  
Krankenanstalten —  
IKM – INSTITUT FÜR  
KRANKENHAUSHYGIENE  
UND MIKROBIOLOGIE

**PATIENTEN-ETIKETT MIT BARCODE:**

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

**EINSENDER** (Stempel):

**Material:**

- |  |                                       |  |
|--|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Expektoration | <input type="checkbox"/> Haut gepoolt | <input type="checkbox"/> Stuhl                     |
| <input type="checkbox"/> BAL           | <input type="checkbox"/> Liquor       | <input type="checkbox"/> Punktat: _____            |
| <input type="checkbox"/> BSK           | <input type="checkbox"/> EDTA-Plasma  | <input type="checkbox"/> Abstrich: _____           |
| <input type="checkbox"/> Rachen/Nase   | <input type="checkbox"/> Serum        | <input type="checkbox"/> Sonstiges Material: _____ |
- gepoolt

Untersuchung nach **GSG** (Gewebesicherheitsgesetz)

**Gewünschte Untersuchung:** (erforderliches Material siehe Rückseite)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="radio"/> HBV quantitativ   | <input type="radio"/> Chlamydia trachomatis                     |
| <input type="radio"/> HCV quantitativ   | <input type="radio"/> Neisseria gonorrhoeae                     |
| <input type="radio"/> HSV 1/2 quantitativ   | <input type="radio"/> MRSA                                      |
| <input type="radio"/> VZV quantitativ   | <input type="radio"/> Borrelia burgdorferi sensu lato           |
| <input type="radio"/> CMV quantitativ   | <input type="radio"/> Mycobacterium tuberculosis complex (MTBC) |
| <input type="radio"/> Enteroviren (EV) qualitativ   | <input type="radio"/> MTBC Resistenzbestimmung 1                |
| <input type="radio"/> Liquorblock (HSV, VZV, CMV, EV)   | <input type="radio"/> MTBC Resistenzbestimmung 2                |
| <input type="radio"/> Influenza A/B & RSV   |   |
| <input type="radio"/> Pneumocystis jirovecii ( <b>nur</b> aus BAL)                            |   |
| <input type="radio"/> Helicobacter pylori-PCR u. Resistenzbestimmung (Material: Magenbiopsie) |   |

Noro-, Adeno-, Rota-, Astro- und Sapoviren

**CAP** Bakterien (community aquired pneumonia)

(siehe Rückseite) →

**CAP** Viren (community aquired pneumonia)

**DIAGNOSE/Anlass d. Untersuchung:**

**Krank seit:** \_\_\_\_\_ **Entnahme (Datum/Uhrzeit):** \_\_\_\_\_

**Anweisender Arzt/befugte Person:** \_\_\_\_\_ **Tel.:** \_\_\_\_\_

(Name in Blockbuchstaben)

Unterschrift:

# ARBEITSPROTOKOLL IKM

01.05.2022 (1005.2893)

Nachweis von:	geeignetes Probenmaterial:	Fehlerhafte Einsendungen:
HBV-DNA	Serumtrennröhrchen, EDTA-Röhrchen	<input type="checkbox"/> Probe fehlt <input type="checkbox"/> Unbeschriftete Probe/falsche Beschriftung <input type="checkbox"/> Sonstiges:
HCV-RNA	Serumtrennröhrchen, EDTA-Röhrchen	
CMV-DNA	Serumtrennröhrchen, EDTA-Röhrchen, klinisches Material	
HSV 1/2-DNA	Serumtrennröhrchen, EDTA-Röhrchen, Liquor, Abstriche	
VZV-DNA	Serumtrennröhrchen, EDTA-Röhrchen, Liquor, Abstriche	
Enteroviren-RNA	Liquor, Abstriche, Stuhl	
Liquorblock (HSV, VZV, CMV, EV)	Liquor	
Borrelia ssp.-DNA	Liquor, Synovialflüssigkeit	
M. tuberculosis complex-DNA	pulmonale und extrapulmonale Patientenproben	
Resistenzbestimmung 1 MTBC	pulmonales, mikroskopisch positives Direktmaterial, Kulturproben	
Resistenzbestimmung 2 MTBC	pulmonales, mikroskopisch positives Direktmaterial, Kulturproben	
MRSA-DNA	Nasen-, Rachen-, Haut-, Wund-Abstrich	
Noro-, Adeno-, Rota-, Astro- und Sapoviren	Stuhl	
Helicobacter pylori-PCR u. Resistenzbestimmung	Magenbiopsie	
Influenza A/B & RSV	Nasen-, Rachenabstrich	
CAP-Bakt./Viren; Coronaviren	Rachen- oder Nasopharyngealabstrich, Bronchiallavage, Sputum	
Chlamydia trachomatis/ Neisseria gonorrhoeae	Abstriche, Harn	
Pneumocystis jirovecii	Bronchiallavage (BAL)	
		Paraphe
		Telefonische Mitteilung: _____
		Datum/Uhrzeit: _____
		Name/Unterschrift des IKM-Bearbeiters: _____
		Mitteilung an (Name befugte Person): _____
		Beschreibung: _____

geprüft/durchgeführt:

<b>CAP-Bakterien:</b>	<i>Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae, Chlam. pneumoniae, Mycoplasma pneumoniae, Legionella pneumophila, Bordetella pertussis, Bordetella parapertussis</i>
<b>CAP-Viren:</b>	<i>Influenza A, Influenza B, RSV (respiratory syncytial virus), Parainfluenza Virus 1 - 4, Adenovirus, hMPV (humanes Metapneumovirus), Enteroviren</i>

# ARBEITSPROTOKOLL IKM

01.05.2022 (1005.2893)

Nachweis von:	geeignetes Probenmaterial:	Fehlerhafte Einsendungen:
HBV-DNA	Serumtrennröhrchen, EDTA-Röhrchen	<input type="checkbox"/> Probe fehlt <input type="checkbox"/> Unbeschriftete Probe/falsche Beschriftung <input type="checkbox"/> Sonstiges:
HCV-RNA	Serumtrennröhrchen, EDTA-Röhrchen	
CMV-DNA	Serumtrennröhrchen, EDTA-Röhrchen, klinisches Material	
HSV 1/2-DNA	Serumtrennröhrchen, EDTA-Röhrchen, Liquor, Abstriche	
VZV-DNA	Serumtrennröhrchen, EDTA-Röhrchen, Liquor, Abstriche	
Enteroviren-RNA	Liquor, Abstriche, Stuhl	
Liquorblock (HSV, VZV, CMV, EV)	Liquor	
Borrelia ssp.-DNA	Liquor, Synovialflüssigkeit	
M. tuberculosis complex-DNA	pulmonale und extrapulmonale Patientenproben	
Resistenzbestimmung 1 MTBC	pulmonales, mikroskopisch positives Direktmaterial, Kulturproben	
Resistenzbestimmung 2 MTBC	pulmonales, mikroskopisch positives Direktmaterial, Kulturproben	
MRSA-DNA	Nasen-, Rachen-, Haut-, Wund-Abstrich	
Noro-, Adeno-, Rota-, Astro- und Sapoviren	Stuhl	
Helicobacter pylori-PCR u. Resistenzbestimmung	Magenbiopsie	
Influenza A/B & RSV	Nasen-, Rachenabstrich	
CAP-Bakt./Viren; Coronaviren	Rachen- oder Nasopharyngealabstrich, Bronchiallavage, Sputum	
Chlamydia trachomatis/ Neisseria gonorrhoeae	Abstriche, Harn	
Pneumocystis jirovecii	Bronchiallavage (BAL)	
		Paraphe
		Telefonische Mitteilung: _____
		Datum/Uhrzeit: _____
		Name/Unterschrift des IKM-Bearbeiters: _____
		Mitteilung an (Name befugte Person): _____
		Beschreibung: _____

geprüft/durchgeführt:

<b>CAP-Bakterien:</b>	<i>Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae, Chlam. pneumoniae, Mycoplasma pneumoniae, Legionella pneumophila, Bordetella pertussis, Bordetella parapertussis</i>
<b>CAP-Viren:</b>	<i>Influenza A, Influenza B, RSV (respiratory syncytial virus), Parainfluenza Virus 1 - 4, Adenovirus, hMPV (humanes Metapneumovirus), Enteroviren</i>