

Stationsetikett

Name und Rückrufnr. der/des behandelnden Ärztin/Arztes

Nachname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Vers.Nr. \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_  W  M

Adresse \_\_\_\_\_

Diagnose \_\_\_\_\_

Datum Abnahme \_\_\_\_\_ Datum Anforderung \_\_\_\_\_

Gravidität:  Nein  Ja → SSW: \_\_\_\_\_

**INFO PRÄANALYTIK IMPLANTAT: in steriles Gefäß einbringen, mit 0,9 % NaCl bedecken, bis zur Abholung bei 4-8 Grad lagern!**

### MIKROBIOLOGISCHE DIAGNOSTIK - ORTHOPÄDIE

Zutreffendes bitte ankreuzen

Untersuchungsmaterial	Angeforderte Untersuchung	Hinweise
Intraoperativer Abstrich	<input type="checkbox"/> Kultur Bakterien <input type="checkbox"/> Kultur Pilze <input type="checkbox"/> PCR (immer mit Kultur)	PCR keine Kassenleistung, aktueller Privatarif unter <a href="http://www.labors.at">www.labors.at</a>
Implantat (inkl. Sonikation)	<input type="checkbox"/> Kultur Bakterien <input type="checkbox"/> Kultur Pilze <input type="checkbox"/> PCR (immer mit Kultur)	PCR keine Kassenleistung, aktueller Privatarif unter <a href="http://www.labors.at">www.labors.at</a>
Punktat (nativ)	<input type="checkbox"/> Kultur Bakterien <input type="checkbox"/> Kultur Pilze	
Punktat	<input type="checkbox"/> PCR (immer mit Kultur)	PCR keine Kassenleistung, aktueller Privatarif unter <a href="http://www.labors.at">www.labors.at</a>