

Nachname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Vers.Nr. \_\_\_\_\_  
 Krankenkasse \_\_\_\_\_ W M  
 Adresse \_\_\_\_\_  
 Diagnose \_\_\_\_\_  
 Datum \_\_\_\_\_ Abnahme-Datum \_\_\_\_\_

|   |   |  |
|---|---|--|
| <b>ABSTRICH ALLGEMEIN</b><br><b>Lokalisation unbedingt angeben:</b><br><input type="checkbox"/> <b>Wunde:</b> _____<br><input type="checkbox"/> Intraoperativ <input type="checkbox"/> Oberflächlich<br><input type="checkbox"/> Bisswunde <input type="checkbox"/> Tief<br><input type="checkbox"/> <b>Haut:</b> _____<br><input type="checkbox"/> Ohr links <input type="checkbox"/> Ohr rechts<br><input type="checkbox"/> Auge links <input type="checkbox"/> Auge rechts<br><input type="checkbox"/> Mund<br><input type="checkbox"/> Zunge<br><input type="checkbox"/> Nase<br><input type="checkbox"/> Sonstige: _____<br><input type="checkbox"/> Kultur<br><input type="checkbox"/> Pilzkultur | <b>UROGENITALABSTRICH FRAU</b><br><b>Lokalisation unbedingt angeben:</b><br><input type="checkbox"/> Vagina<br><input type="checkbox"/> Vulva<br><input type="checkbox"/> Urethra<br><input type="checkbox"/> Zervix (nur eingesandte Proben)<br><input type="checkbox"/> Reктоanal<br><input type="checkbox"/> Standardsekretstatus:<br>Kultur aerob und anaerob, Gardnerella, Gonokokken, Mykoplasma hominis /Ureaplasmen, Pilzkultur, Trichomonas vaginalis/Mycoplasma genitalium PCR (eigenes PCR-Röhrchen erforderlich - Harn)<br><input type="checkbox"/> Objektträger – bakterielle Vaginose<br><input type="checkbox"/> Streptokokken B-Screening bei Schwangeren (vaginal / reктоanal = 1 Abstrich)<br><b>HPV GENOTYPISIERUNG</b><br><input type="checkbox"/> HPV high risk Genotypisierung (16, 18) (cervical nur eingesandte Proben) | <b>STUHL</b><br><input type="checkbox"/> Standardkultur auf pathogene Keime (Salmonella, Shigella, Yersinia, Campylobacter)<br><input type="checkbox"/> Pilzkultur<br><input type="checkbox"/> Clostridium difficile Nachweis<br><input type="checkbox"/> MRGN-Screening (ESBL)<br><input type="checkbox"/> VRE-Screening<br><input type="checkbox"/> Listerien-Kultur<br><input type="checkbox"/> Helicobacter Antigen<br><input type="checkbox"/> EHEC Nachweis<br><input type="checkbox"/> Adeno Virus Antigen<br><input type="checkbox"/> Rota Virus Antigen<br><input type="checkbox"/> Noro Virus PCR<br><input type="checkbox"/> Parasiten (Protozoen, Würmer, Wurmeier)<br><input type="checkbox"/> Oxyuren / Oxyureneier (transparenter Klebestreifen auf Objektträger)<br><input type="checkbox"/> Elastase<br><input type="checkbox"/> Calprotectin |
| <b>MRSA – SCREENING</b><br><input type="checkbox"/> Nase links + rechts (1 mit NaCl befeuchteter Tupfer)<br><input type="checkbox"/> Rachen<br><input type="checkbox"/> Haut (Stirn, Achsel, Leiste etc. 1 mit NaCl befeuchteter Tupfer)  | <b>UROGENITALABSTRICH / SEKRET MANN</b><br><b>Lokalisation unbedingt angeben:</b><br><input type="checkbox"/> Urethra<br><input type="checkbox"/> Ejakulat<br><input type="checkbox"/> Glans<br><input type="checkbox"/> Prostatasekret<br><input type="checkbox"/> Standardsekretstatus:<br>Kultur aerob und anaerob, Gardnerella, Gonokokken, Mykoplasma hominis /Ureaplasmen, Pilzkultur, Trichomonas vaginalis/Mycoplasma genitalium PCR (eigenes PCR-Röhrchen erforderlich - Harn)   | <b>HARN NATIV</b><br><input type="checkbox"/> Kultur<br><input type="checkbox"/> Pilzkultur<br><input type="checkbox"/> Mykoplasma hominis / Ureaplasmen Kultur<br><input type="checkbox"/> Kultur auf Mykobakterien<br><input type="checkbox"/> Legionella Antigen  |
| <b>DERMATOPHYTEN</b><br><input type="checkbox"/> Kultur (Haut- und Nagelschuppen)   | <b>CHLAMYDIA TRACHOMATIS / NEISSERIA GONORRHOEAE PCR</b><br><input type="checkbox"/> Vaginal<br><input type="checkbox"/> Reктоanal<br><input type="checkbox"/> Pharyngeal<br><input type="checkbox"/> Harn (Frauen + Männer)<br><input type="checkbox"/> Andere _____   | <b>URIKULT (Eintauchnährboden)</b><br><input type="checkbox"/> Kultur  |
| <b>GEWEBEPROBE</b><br><input type="checkbox"/> Kultur<br><input type="checkbox"/> Pilzkultur<br><input type="checkbox"/> PCR + Kultur   | <b>TRICHOMONAS VAGINALIS / MYCOPLASMA GENITALIUM PCR</b><br>(Teil des Sekretstatus)<br><input type="checkbox"/> bevorzugt Harn (Frauen + Männer)<br><input type="checkbox"/> vaginal<br><input type="checkbox"/> endocervical (nur eingesandte Proben)  | <b>GELENKSPUNKTAT</b><br><b>Lokalisation unbedingt angeben:</b><br><input type="checkbox"/> Knie links <input type="checkbox"/> Knie rechts<br>Sonstige : _____<br><input type="checkbox"/> Kultur<br><input type="checkbox"/> Pilzkultur<br><input type="checkbox"/> Leukozytenzellzahl (EDTA-Röhrchen)<br><input type="checkbox"/> PMN % (Anteil segmentierter Granulozyten)<br><input type="checkbox"/> Kristalle<br><input type="checkbox"/> Sediment<br><input type="checkbox"/> Direkter Erregernachweis mittels PCR (siehe eigenes Formular Orthopädie)   |
| <b>RACHEN-/TONSILLENABSTRICH</b><br><input type="checkbox"/> Kultur<br><input type="checkbox"/> Pilzkultur  | <b>RESPIRATORISCHES SEKRET</b><br><input type="checkbox"/> Kultur aerob und anaerob<br><input type="checkbox"/> Pilzkultur<br><input type="checkbox"/> Kultur auf Mykobakterien (inkl. ZN-Färbung)  | <b>IMPLANTATE (inkl. Sonikation)</b><br><input type="checkbox"/> Kultur<br><input type="checkbox"/> Pilzkultur<br><input type="checkbox"/> Direkter Erregernachweis mittels PCR (siehe eigenes Formular Orthopädie)  |
| <b>SPUTUM</b><br><input type="checkbox"/> Kultur aerob und anaerob<br><input type="checkbox"/> Pilzkultur<br><input type="checkbox"/> Kultur auf Mykobakterien (inkl. ZN-Färbung)   | <b>KATHETERSPITZE</b><br><input type="checkbox"/> Kultur aerob  |  |