

Befund an weitere Empfänger (mittels
 beiliegender Einverständiserklärung)

Abnahmedatum *

Stempel des/der zuweisenden Arztes/Ärztin

*=Pflichtfeld

Nachname*	Vorname *	Versicherungsnummer *
Adresse (Straße, PLZ, Ort)		Geburtsdatum * <input type="checkbox"/> weibl. * <input type="checkbox"/> männl.*
Diagnose *	<input type="checkbox"/> JA bei Gravidität*	SSW Angabe der SSW* Krankenkasse * <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Sammelrechn.

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

¹ nur bei gezielter klinischer Fragestellung