

Patient				
Familienname:	Vorname:	Vers.Nr.:	Geb.Dat.:	Krankenkasse:

Klinische Angaben - bitte unbedingt ausfüllen	Datum, Stempel & Unterschrift des anfordernden Arztes
Diagnose: Grunderkrankung: Vorgegangene/laufende AB-Therapien: Auslandsaufenthalt (wo?): Abnahmedatum: Anforderungsdatum:	
	Lokalisation der Probenentnahme:

Abstrich** (Lokalisation oben angeben!)	Harn*	Stuhl
<input type="checkbox"/> Augen: Chlamydien <input type="checkbox"/> Rachen <input type="checkbox"/> Tonsillen <input type="checkbox"/> Zunge <input type="checkbox"/> Kiefer <input type="checkbox"/> Zahntasche <input type="checkbox"/> Wunde <input type="checkbox"/> Katheterspitze <input type="checkbox"/> Punktat <input type="checkbox"/> Herpes - Virusisolation (extragenital) <input type="checkbox"/> Gramfärbung	<input type="checkbox"/> Harnkultur <input type="checkbox"/> Mittelstrahlharn <input type="checkbox"/> Spontanharn <input type="checkbox"/> Einmalkatheter <input type="checkbox"/> Dauerkatheter <input type="checkbox"/> Zystofix <input type="checkbox"/> Pilzkultur <input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis PCR (Erststrahlharn) <input type="checkbox"/> Mycoplasmen/Ureaplasmen (Nativharn) <input type="checkbox"/> Schistosoma-Eier (Mittagsharn)	<input type="checkbox"/> Pathogene Darmkeime (Salmonella, Shigella, Yersinia, Campylobacter) <input type="checkbox"/> Durchfall bei Kindern: E.coli <input type="checkbox"/> Clostridium difficile + Toxin A&B <input type="checkbox"/> Rotaviren & Adenoviren <input type="checkbox"/> Noroviren <input type="checkbox"/> Wurmeier & Protozoen <input type="checkbox"/> Oxyuren mittels Abklatschpräparat <input type="checkbox"/> Cholera <input type="checkbox"/> Helicobacter-pylori Ag <input type="checkbox"/> Calprotectin (keine Kassenleistung)

Screening (Lokalisation oben angeben!)	Urogenitalabstriche** (Lokalisation oben angeben!)
<input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> VRE <input type="checkbox"/> MRGN (ESBL, CPE)	<input type="checkbox"/> Sekretstatus: Kultur auf Pilze, Gardnerella, Ureaplasma, Mycoplasma, Trichomonas, Gonokokken <input type="checkbox"/> GBS-Streptokokken-Screening bei Schwangerer (bitte SSW angeben!) SSW: <input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis / Neisseria gonorrhoe - PCR (bei Schwangeren aus Urethra) <input type="checkbox"/> HPV - Humanes Papillomavirus (Cervixabstrich) <input type="checkbox"/> Herpes - Virusisolation

Respiratorische Sekrete**	Magenbiopsie	Pneumonie	Spezialuntersuchungen
<input type="checkbox"/> Sputum <input type="checkbox"/> Bronchial / Trachealsekret <input type="checkbox"/> BAL <input type="checkbox"/> Ziehl-Neelsen (TBC)	<input type="checkbox"/> Helicobacter pylori - Resistenztestung (zuvor bitte Rücksprache mit unserem Labor!)	<input type="checkbox"/> Legionella-Ag (Harn) <input type="checkbox"/> Pneumokokken-Ag (Harn)	Bitte zuvor mit uns absprechen! <input type="checkbox"/> Blutkultur (immer 2 Sets) <input type="checkbox"/> Liquor

* Bei allen Abstrichen, Sekreten und Harn wird automatisch eine Kultur, gegebenenfalls eine Resistenztestung durchgeführt!

** Bei allen Abstrichen und Sekreten wird immer ein Grampräparat angefertigt!