

PATIENTENETIKETT

EINSENDER

ENTNAHMEDATUM/UHRZEIT: _____ UNTERSCHRIFT: _____

MATERIALANGABE:

ABSTRICH <input type="checkbox"/> Abszess <input type="checkbox"/> Wunde, tief <input type="checkbox"/> Wunde, oberflächlich <input type="checkbox"/> Lokalisation: _____ <input type="checkbox"/> sonstiges: _____	ATEMWEGE <input type="checkbox"/> Bronchialsekret <input type="checkbox"/> Bronchialspülflüssigkeit (BAL) <input type="checkbox"/> Trachealinspirat, -Sekret <input type="checkbox"/> Trachealkatheter, Tubus <input type="checkbox"/> Sputum <input type="checkbox"/> Abstrich Nase <input type="checkbox"/> Abstrich Rachen-/Tonsillen	BLUT <input type="checkbox"/> Blutkultur <input type="checkbox"/> Venenkatheter/-Spitze <input type="checkbox"/> Serum <input type="checkbox"/> sonstiges: _____	DARMTRAKT <input type="checkbox"/> Erbrochenes/Mageninhalt <input type="checkbox"/> Galle <input type="checkbox"/> Stuhl <input type="checkbox"/> Analabstrich <input type="checkbox"/> Biopsiematerial: _____ <input type="checkbox"/> sonstiges: _____	GENITALORGANE <input type="checkbox"/> Vaginalabstrich <input type="checkbox"/> Cervixabstrich <input type="checkbox"/> Penis <input type="checkbox"/> sonstiges: _____
HAUT <input type="checkbox"/> Haut: _____ <input type="checkbox"/> Haare <input type="checkbox"/> Hautschuppen <input type="checkbox"/> Nagel	HARNWEGE <input type="checkbox"/> Urin/Morgenurin <input type="checkbox"/> Blasenpunktionurin <input type="checkbox"/> Mittelstrahlurin <input type="checkbox"/> Katheterurin <input type="checkbox"/> Objektträgerkultur (Urikult) <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	PUNKTATE <input type="checkbox"/> Abszess <input type="checkbox"/> Pleura <input type="checkbox"/> Aszites <input type="checkbox"/> Gelenk <input type="checkbox"/> Liquor <input type="checkbox"/> sonstiges: _____	SONSTIGES <input type="checkbox"/> Geräte/Implantate <input type="checkbox"/> Gewebeprobe: _____ <input type="checkbox"/> Injektions-/Infusionslösung <input type="checkbox"/> Muttermilch <input type="checkbox"/> sonstiges: _____	RISIKOFAKTOREN <input type="checkbox"/> Auslandsaufenthalt <input type="checkbox"/> Immunsuppression, HIV <input type="checkbox"/> Schwangerschaft <input type="checkbox"/> Endokarditis <input type="checkbox"/> sonstiges: _____

VERDACHTSDIAGNOSE / SYMPTOME / THERAPIE:

GEWÜNSCHTE UNTERSUCHUNG:

ALLGEMEIN BAKTERIOLOGISCHE UNTERSUCHUNG	STUHLDIAGNOSTIK (KULTUR)	MOLEKULARBIOLOGIE (PCR)	TUBERKULOSE /MYKOBAKTERIEN
<input type="checkbox"/> Erreger und Resistenz <input type="checkbox"/> Pilze ggf. Antimykogramm	<input type="checkbox"/> Stuhl auf pathogene Keime (<i>Salmonella, Shigella, Campylobacter, Yersinia</i>) <input type="checkbox"/> Stuhl auf pathogene Keime und Viren <input type="checkbox"/> Clostridioides difficile <input type="checkbox"/> Helicobacter pylori <input type="checkbox"/> EHEC/EPEC <input type="checkbox"/> bakterielle Lebensmittelintoxikation (<i>Staphylococcus aureus, Bacillus cereus, Clostridium perfringens toxin</i>)	<input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis <input type="checkbox"/> Gonokokken <input type="checkbox"/> Trichomonaden <input type="checkbox"/> MRSA (+Kultur) <input type="checkbox"/> Clostridioides difficile (Toxin B) <input type="checkbox"/> Rota-/Adeno-/Astro-/Noro-/Sapoviren <input type="checkbox"/> pathogene Darmerreger (<i>Salmonella, Shigella, Campylobacter, EHEC</i>) <input type="checkbox"/> Pneumocystis jirovecii (BAL) <input type="checkbox"/> Influenza A/B* <input type="checkbox"/> RSV* <input type="checkbox"/> SARS-CoV-2* *trockener Abstrich (ohne Gelmedium)	<input type="checkbox"/> TB-Interferon-Gamma-Release-Assay (<i>Lithium-Heparin-Röhrchen</i>) <input type="checkbox"/> TB-Kultur, Mikroskopie (ggf. Resistenzbestimmung) <input type="checkbox"/> TB- PCR
SCREENINGUNTERSUCHUNG (KULTUR)	PARASITEN (MIKROSKOPIE / AG-NACHWEIS)	KLINISCHE CHEMIE	SPEZIELLE EINZELANFORDERUNG
<input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> VRE <input type="checkbox"/> MRGN <input type="checkbox"/> β-hämolyisierende Streptokokken	<input type="checkbox"/> Amöben <input type="checkbox"/> Cryptosporidien <input type="checkbox"/> Lamblien <input type="checkbox"/> Oxyuren <input type="checkbox"/> Wurmeier <input type="checkbox"/> Sonstige: _____	<input type="checkbox"/> Pankreaselastase <input type="checkbox"/> Calprotectin <input type="checkbox"/> occultes Blut im Stuhl	<input type="checkbox"/> Mycoplasma / Ureaplasma (<i>Genitalabstrich / Urin</i>) <input type="checkbox"/> Legionellen (<i>Urin</i>) <input type="checkbox"/> Actinomyceten / Nocardien <input type="checkbox"/> Helicobacter pylori <input type="checkbox"/> sonstiges: _____
SEROLOGIE (ENZYMIMMUNOASSAY / IMMUNOBLOT)			
<input type="checkbox"/> Borreliose <input type="checkbox"/> EBV <input type="checkbox"/> SARS-CoV-2 IgG (quantitativ)			

Weitere Untersuchungen auf Anfrage oder siehe aktuelles Leistungsverzeichnis (WEB: MIKROBIOLOGIE-DILLINGEN.DE)
Hinweise zur Abnahme und zum Transport entnehmen Sie bitte der aktuellen Präanalytik (WEB: MIKROBIOLOGIE-DILLINGEN.DE)