

		Kostenträger				Mikrobiologie 6	
Name, Vorname des Versicherten		stationär: <input type="checkbox"/> Rechnung an Klinik (Regelleistungspatient) <input type="checkbox"/> Rechnung an Patient (Wahlarztvereinbarung)		Barcode-Etikett		Stempel und Unterschrift überweisender Arzt	
geb. am		ambulant: <input type="checkbox"/> Rechnung an Patient <input type="checkbox"/> Kassenpatient (Ü-Schein erforderl.) <input type="checkbox"/> BG-Fall (D-Bericht i. Kopie beilegen)					
PAT-ID		<input type="checkbox"/> keine Heilbehandlung Labor-Nr.					
Datum							

Abnahme-Datum: _____ Diagnose / Antibiot. Vorbehandlung / Weitere Untersuchungen: _____

Abnahme-Uhrzeit: _____

Geschlecht: W M D

Immunsuppression: Infektionszeichen: lokal systemisch

Medizinische Laboratorien
 PASSAU • DEGGENDORF • NEUÖTTING

MVZ Labor Passau GbR
 Wörth 15 · 94034 Passau
 Tel. (08 51) 95 93 00 · Fax (08 51) 95 93 263

Material-/Probenherkunft und Untersuchungsauftrag bitte ankreuzen; ein Schein pro Material

<p>BLUTKULTUR</p> <input type="checkbox"/> Blutkultur (mind. 2 Pärchen / Abnahme) <input type="checkbox"/> Verdacht auf Endokarditis <input type="checkbox"/> zentral <input type="checkbox"/> peripher <p>VARIA</p> <input type="checkbox"/> Fremdmaterial (z.B. Katheterspitze) <input type="checkbox"/> ZVK <input type="checkbox"/> Shaldon <input type="checkbox"/> Port <input type="checkbox"/> Stent <input type="checkbox"/> Anderes: _____ <input type="checkbox"/> Wundabstrich / Gewebe / Biopsie <input type="checkbox"/> Chronische Wunde <input type="checkbox"/> Abszess <input type="checkbox"/> schwere Weichteilinfektion <input type="checkbox"/> OP-Wunde intraoperativ <input type="checkbox"/> oberflächlich <input type="checkbox"/> tief <input type="checkbox"/> OP-Wunde postoperativ <input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Gelenk <input type="checkbox"/> Gelenk-Prothese <input type="checkbox"/> Implantat (sonstige) <input type="checkbox"/> Knochen <input type="checkbox"/> Mediastinum <input type="checkbox"/> sonstige Lokalisation: _____ <input type="checkbox"/> Punktat <input type="checkbox"/> Aszites <input type="checkbox"/> Galle <input type="checkbox"/> Gelenk <input type="checkbox"/> Pericard <input type="checkbox"/> Pleura <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ <input type="checkbox"/> Augen / Dermatologie / HNO <input type="checkbox"/> Bindehaut <input type="checkbox"/> re. <input type="checkbox"/> li. <input type="checkbox"/> Haut <input type="checkbox"/> Lokalisation: _____ <input type="checkbox"/> Nase <input type="checkbox"/> re. <input type="checkbox"/> li. <input type="checkbox"/> Ohr <input type="checkbox"/> re. <input type="checkbox"/> li. <input type="checkbox"/> Pathogene Bakterien, Antibiogramm, Sprosspilze <input type="checkbox"/> Mykobakterien-Kultur/Mikr. PU/Biop. <input type="checkbox"/> M.tuberculosis-Komplex-PCR PU/Biop. <input type="checkbox"/> Aktinomyzeten- / Nocardien-Kultur PU/Biop. <input type="checkbox"/> Aspergillen- / Schimmelpilze-Kultur <input type="checkbox"/> Dermatophyten <p>ZNS</p> <input type="checkbox"/> Liquor <input type="checkbox"/> Lumbalpunktion <input type="checkbox"/> Liquorableitung <input type="checkbox"/> Pathogene Bakterien, Antibiogramm 1 ml <input type="checkbox"/> Multiplex-PCR: Bakterielle Meningitis 0,3 ml (Meningokokken, Pneumokokken, B-Streptokokken, Listeria monocytogenes, Haemophilus infl., E.coli K12) <input type="checkbox"/> Kryptokokken- /Sprosspilze-Kultur 0,5 ml <input type="checkbox"/> M.tuberculosis-Kultur / PCR 5 ml * virale Erreger siehe Klinik-Auftrag 5	<p>RESPIRATIONSTRAKT</p> <input type="checkbox"/> Nasenabstrich (tief) N <input type="checkbox"/> Rachenabstrich / Rachenspülwasser R <input type="checkbox"/> Sputum S <input type="checkbox"/> Trachealsekret T <input type="checkbox"/> Bronchialesekret B <input type="checkbox"/> BAL B <input type="checkbox"/> Pathogene Bakterien, Antibiogramm R,S,T,B,P <i>Ambulant erworbene Pneumonie</i> <input type="checkbox"/> Pathogene Bakterien, Antibiogramm S,T,B <input type="checkbox"/> Multiplex-PCR: Atypische Erreger S,T,B (Mycoplasma pneumoniae, Chlamydia pneumoniae, Legionella pneumophila, Bordetella para-/pertussis) <p><i>Tuberkulose</i></p> <input type="checkbox"/> Mykobakterien-Kultur / Mikr. S,T,B <input type="checkbox"/> M.tuberculosis-Komplex-PCR S,T,B <input type="checkbox"/> Quantiferon-Test Spez. <p><i>Zusätzlich bei Immunsuppression</i></p> <input type="checkbox"/> Pneumocystis-PCR S,T,B <input type="checkbox"/> Galactomannan-Ag nur BAL <input type="checkbox"/> Aspergillen-Kultur S,T,B <input type="checkbox"/> Sprosspilze-Kultur R,S,T,B <input type="checkbox"/> RSV-PCR S,T,B <input type="checkbox"/> CMV-PCR quant. S,T,B <input type="checkbox"/> HSV 1/2-PCR R,T,B <input type="checkbox"/> SARS-CoV-2-PCR N,R,S,T,B <input type="checkbox"/> Influenzavirus-PCR N,R,S,T,B <input type="checkbox"/> Bordetella pertussis / parap.-PCR R,S,T,B <input type="checkbox"/> Legionella pneumophila-PCR S,T,B <input type="checkbox"/> Legionella-Ag i. Urin U <p>URIN / UROGENITALTRAKT</p> <input type="checkbox"/> Urikult / Urin <input type="checkbox"/> Mittelstrahl <input type="checkbox"/> Dauerkatheter <input type="checkbox"/> Einmalkatheter / Punktionsurin <input type="checkbox"/> Abstrich <input type="checkbox"/> Harnröhre <input type="checkbox"/> Cervix <input type="checkbox"/> Vagina <input type="checkbox"/> Pathogene Bakterien, Antibiogramm, Sprosspilze <input type="checkbox"/> Mykobakterien-Kultur / Mikr. U <input type="checkbox"/> N.gonorrhoeae-Kultur AB <input type="checkbox"/> N.gonorrhoeae-PCR AB <input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis-PCR AB, U <input type="checkbox"/> Mycoplasma / Ureaplasma-Kultur AB (Mycoplasma hominis, Ureaplasma urealyticum) <input type="checkbox"/> Multiplex-PCR: Mycoplasma / Ureaplasma AB, U (Mycoplasma genitalium, Mycoplasma hominis, Ureaplasma urealyticum Biovar 2)	<p>MRE-SCREENING</p> <input type="checkbox"/> Aufnahmescreening <input type="checkbox"/> Folgescreening <input type="checkbox"/> Kontaktpatient <input type="checkbox"/> Neo-Screening <input type="checkbox"/> Abstrich <input type="checkbox"/> Nase / Rachen <input type="checkbox"/> Nase <input type="checkbox"/> Rachen <input type="checkbox"/> Wunde <input type="checkbox"/> Leiste / Perineum <input type="checkbox"/> Rektum <input type="checkbox"/> Mundschleimhaut <input type="checkbox"/> sonstiges: _____ <input type="checkbox"/> MRSA-Kultur <input type="checkbox"/> MRGN-Kultur <input type="checkbox"/> VRE-Kultur <p>MAGEN-DARM-TRAKT</p> <input type="checkbox"/> Stuhl <p><i>Aufnahmeprofil</i></p> <input type="checkbox"/> Salm. / Shig. / Yers. / Camp. / S. aureus / C. difficile-Toxin A, B / Norovirus-PCR <p><i>Krankenhaus-assoziierte Diarrhoe</i></p> <input type="checkbox"/> C.difficile-Toxin A, B <p><i>Gezielte Anforderungen, sonstiges</i></p> <input type="checkbox"/> Salm. / Shig. / Yers. / Camp. <input type="checkbox"/> C.difficile-Kultur / Typis. <input type="checkbox"/> C.difficile-Toxin A,B <input type="checkbox"/> Sprosspilze-Kultur <input type="checkbox"/> Norovirus-PCR <input type="checkbox"/> Rotaviren-Ag <input type="checkbox"/> Adenoviren-Ag <input type="checkbox"/> Astroviren-Ag <input type="checkbox"/> EHEC-Toxin <input type="checkbox"/> EPEC (Säugl. Enteritis) <input type="checkbox"/> Lamblien-Ag <input type="checkbox"/> Amöben-Ag <input type="checkbox"/> Kryptosporidien-Ag <input type="checkbox"/> Wurmeier / Würmer-Mikr. <input type="checkbox"/> H. pylori-Ag / Kultur ST/Biop <input type="checkbox"/> Hämoglobin im Stuhl (iFOBT) <input type="checkbox"/> Pankreaselastase <input type="checkbox"/> Calprotectin (Leukozyten Nachweis) <p>WEITERE SPEZIALUNTERSUCHUNGEN</p> <input type="checkbox"/> Malaria-mikrosk. EB <input type="checkbox"/> CMV-PCR quant. EB/divers <input type="checkbox"/> EBV-PCR quant. EB/divers <input type="checkbox"/> HSV 1/2-PCR AB/divers <input type="checkbox"/> VZV-PCR AB/divers
---	---	--