

Patientenetikett

Name, Vorname
Geburtsdatum, Geschlecht, Patientenadresse

 Durchwahl verantwortlicher Arzt:.....

 **EILIGE UNTERSUCHUNG!**

Einsender/Station:

Datum:.....

Arztunterschrift



stationär ambulant prä-/poststationär
Kostenträger: Krankenhaus Patient (privat/wahlärztlich) Krankenkasse (Ü-Schein!)

<p>Material</p> <p>Entnahmedatum: _____ -zeit _____</p> <p><input type="checkbox"/> Blutkultur <input type="checkbox"/> Liquor <input type="checkbox"/> Sputum <input type="checkbox"/> Trachealsekret <input type="checkbox"/> BAL <input type="checkbox"/> Bronchoskopiematerial</p> <p><input type="checkbox"/> Wundabstrich von _____</p> <p><input type="checkbox"/> Abstrich von _____</p> <p><input type="checkbox"/> Abstrich bei Protheseninfektion</p> <p><input type="checkbox"/> Punktat von _____</p> <p><input type="checkbox"/> Biopsie von _____</p> <p><input type="checkbox"/> Katheterspitze <input type="checkbox"/> Stuhl <input type="checkbox"/> Mekonium <input type="checkbox"/> Magensaft <input type="checkbox"/> MSU <input type="checkbox"/> Blasenpunktionsurin <input type="checkbox"/> Dauerkatheterurin <input type="checkbox"/> Einmalkatheterurin</p> <p><input type="checkbox"/> _____</p>	<p>Diagnose</p> <p><input type="checkbox"/> Pneumonie (amb. erworben) <input type="checkbox"/> Pneumonie unter Beatmung <input type="checkbox"/> Pneumonie (nosokomial) <input type="checkbox"/> Tuberkulose <input type="checkbox"/> Harnwegsinfekt <input type="checkbox"/> PN <input type="checkbox"/> Zystitis <input type="checkbox"/> Wundinfektion <input type="checkbox"/> Fremdkörperinfektion</p> <p><input type="checkbox"/> Abszeß _____</p> <p><input type="checkbox"/> unklares Fieber <input type="checkbox"/> Sepsis <input type="checkbox"/> Endocarditis <input type="checkbox"/> Meningitis <input type="checkbox"/> Diarrhoe</p> <p><input type="checkbox"/> _____</p> <p>antiinfektiöse Therapie</p> <p><input type="checkbox"/> laufende Therapie mit _____</p> <p><input type="checkbox"/> geplante Therapie mit _____</p> <p><input type="checkbox"/> nach Therapie mit _____</p> <p>Sonstiges:</p> <p><input type="checkbox"/> Auslandsaufenthalt (Land) _____</p> <p><input type="checkbox"/> im Vorbefund multiresistenter Erreger: _____</p> <p><input type="checkbox"/> _____</p>
---	---

Angeforderte Untersuchung

<p>Stuhl</p> <p><input type="checkbox"/> Profil Durchfallerreger Erwachsene (Salmonellen, Shigellen, Yersinien, Campylobacter, Rotaviren, Noroviren, C. difficile)</p> <p><input type="checkbox"/> Profil Durchfallerreger Kinder (Salmonellen, Shigellen, Yersinien, Campylobacter, Rotaviren, Noroviren, Astroviren, Adenoviren plus <6J EHEC, EPEC)</p> <p>und/oder:</p> <p><input type="checkbox"/> Salmonellen <input type="checkbox"/> Shigellen <input type="checkbox"/> Yersinien <input type="checkbox"/> Campylobacter <input type="checkbox"/> Clostridium difficile <input type="checkbox"/> EPEC (DC) <input type="checkbox"/> EHEC <input type="checkbox"/> Sproßpilze <input type="checkbox"/> Helicobacter pylori - Antigentest <input type="checkbox"/> Rotaviren <input type="checkbox"/> Noroviren <input type="checkbox"/> Adenoviren <input type="checkbox"/> Astroviren</p> <p><input type="checkbox"/> Entamoeba histolytica* <input type="checkbox"/> Dientamoeba fragilis* <input type="checkbox"/> Giardia lamblia* <input type="checkbox"/> Kryptosporidien* <input type="checkbox"/> *auch als Multiplex PCR Parasiten</p> <p><input type="checkbox"/> Wurmeier</p> <p><input type="checkbox"/> _____</p>	<p>Urin</p> <p><input type="checkbox"/> KZ/R inkl. Sproßpilze <input type="checkbox"/> Urogenitalmykoplasmen <input type="checkbox"/> Sproßpilze <input type="checkbox"/> Tuberkulose (3 x 50 ml!)</p> <p><input type="checkbox"/> _____</p> <p>PCR – Nachweise im Urin</p> <p><input type="checkbox"/> Neisseria gonorrhoeae <input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis <input type="checkbox"/> CMV</p> <p>Antigen - Nachweis im Urin</p> <p><input type="checkbox"/> Legionella pneumophila</p> <p>MRE Screening/Kontrollen</p> <p><input type="checkbox"/> MRSA-Screening <input type="checkbox"/> MRSA-Kontrolle bei bekanntem Befund</p> <p><input type="checkbox"/> 3/4 MRGN Screening <input type="checkbox"/> 4 MRGN Screening <input type="checkbox"/> MRGN Kontrolle bei bekanntem Befund</p> <p><input type="checkbox"/> VRE-Kontrolle bei bekanntem Befund</p>	<p>Varia</p> <p><input type="checkbox"/> E/R (pathogene Erreger inkl. Pilze) <input type="checkbox"/> Tuberkulose und atyp. Mykobakt. <input type="checkbox"/> Sproß- und Schimmelpilze <input type="checkbox"/> Dermatophyten (Hautschuppen/Nagelmaterial) <input type="checkbox"/> Gonokokken (Kultur) <input type="checkbox"/> Urogenitalmykoplasmen <input type="checkbox"/> Gardnerella vaginalis <input type="checkbox"/> Trichomonas vaginalis <input type="checkbox"/> Legionellen (Kultur und PCR) <input type="checkbox"/> Listerien <input type="checkbox"/> Helicobacter pylori Kultur und Resistenz (Magenbiopsie, Spezialtransportmedium!) <input type="checkbox"/> Malaria</p> <p><input type="checkbox"/> _____</p> <p>Sonstige PCR – Nachweise</p> <p><input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis <input type="checkbox"/> Neisseria gonorrhoeae <input type="checkbox"/> HPV <input type="checkbox"/> HSV I/II <input type="checkbox"/> VZV <input type="checkbox"/> CMV <input type="checkbox"/> EBV <input type="checkbox"/> RSV <input type="checkbox"/> Adenoviren <input type="checkbox"/> Enteroviren <input type="checkbox"/> Masern <input type="checkbox"/> Influenza A/B inkl. H₁N₁ <input type="checkbox"/> Bordetella pertussis <input type="checkbox"/> Mycob. tuberculosis <input type="checkbox"/> Legionella pneumophila <input type="checkbox"/> Mycoplasma pneumoniae <input type="checkbox"/> Chlamydia pneumoniae <input type="checkbox"/> Pneumocystis jirovecii <input type="checkbox"/> Toxoplasma gondii <input type="checkbox"/> Borrelia burgdorferi <input type="checkbox"/> Listeria monocytogenes (Liquor)</p> <p>PCR – Multiplex</p> <p><input type="checkbox"/> respiratorische Erreger <input type="checkbox"/> Keratokonjunktivitis <input type="checkbox"/> neonatale Sepsis <input type="checkbox"/> Meningitis plus Listeria monocytogenes</p>
--	---	--