



Patientendaten (Name, Vorname Geburtsdatum, Rechnungsadresse!)
Geschlecht: w m

Datum

Einsender (Stempel)

<p>Material Entnahmedatum/-zeit: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Stuhl</p> <p><input type="checkbox"/> MSU</p> <p><input type="checkbox"/> Sputum</p> <p><input type="checkbox"/> Wundabstrich _____</p> <p><input type="checkbox"/> Abstrich von _____</p> <p><input type="checkbox"/> Punktat von _____</p> <p><input type="checkbox"/> _____</p>	<p>Klinische Angaben Diagnose</p> <p><input type="checkbox"/> Diarrhoe <input type="checkbox"/> Heimeinweisung</p> <p><input type="checkbox"/> Harnwegsinfekt</p> <p><input type="checkbox"/> Pneumonie</p> <p><input type="checkbox"/> Angina</p> <p><input type="checkbox"/> Scharlach</p> <p><input type="checkbox"/> Wundinfektion _____</p> <p><input type="checkbox"/> Erysipel</p> <p><input type="checkbox"/> Abszeß _____</p> <p><input type="checkbox"/> Kolpitis</p> <p><input type="checkbox"/> _____</p> <p>Antibiotikatherapie: _____</p> <p>Sonstiges:</p> <p><input type="checkbox"/> Auslandsaufenthalt (Land) _____</p> <p><input type="checkbox"/> _____</p>
---	--

Angeforderte Untersuchung

Antigen-/Nukleinsäure- und Toxinnachweise werden bei entspr. Indikation und Material vom Labor auch automatisch durchgeführt

<p>Stuhl</p> <p><input type="checkbox"/> E/R (path. Err. Entspr. klin. Angaben)</p> <p><input type="checkbox"/> Salmonellen</p> <p><input type="checkbox"/> Shigellen</p> <p><input type="checkbox"/> Yersinien</p> <p><input type="checkbox"/> Campylobacter</p> <p><input type="checkbox"/> Clostridium difficile</p> <p><input type="checkbox"/> EPEC (DC)</p> <p><input type="checkbox"/> EHEC</p> <p><input type="checkbox"/> Sproßpilze</p> <p><input type="checkbox"/> Wurmeier</p> <p><input type="checkbox"/> Protozoenzysten</p> <p><input type="checkbox"/> Entamoeba histolytica</p> <p><input type="checkbox"/> Giardia lamblia</p> <p><input type="checkbox"/> Kryptosporidien</p> <p><input type="checkbox"/> Helicobacter pylori</p> <p><input type="checkbox"/> Rotaviren</p> <p><input type="checkbox"/> Adenoviren</p> <p><input type="checkbox"/> Noroviren</p> <p><input type="checkbox"/> Astroviren</p>	<p>Urin</p> <p><input type="checkbox"/> KZ/R (einschließl. Sproßpilze)</p> <p><input type="checkbox"/> Urogenitalmykoplasmen</p> <p><input type="checkbox"/> Sproßpilze</p> <p><input type="checkbox"/> Tuberkulose (3 x 50 ml)</p> <p><input type="checkbox"/> _____</p> <p>Antigen/Nukleinsäure-Nachweise</p> <p><input type="checkbox"/> Neiss.gonorrhoe (PCR)</p> <p><input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis (PCR)</p> <p><input type="checkbox"/> Legionella pneumophila</p>	<p>Varia – Kulturen (+Resistenz)</p> <p><input type="checkbox"/> E/R (path. Erreger inkl. Sproßpilze)</p> <p><input type="checkbox"/> Tuberkulose und atyp. Mykobakt.</p> <p><input type="checkbox"/> Sproß- und Schimmelpilze</p> <p><input type="checkbox"/> Dermatophyten</p> <p><input type="checkbox"/> Neiss.gonorrhoe (Kultur)</p> <p><input type="checkbox"/> Urogenitalmykoplasmen</p> <p><input type="checkbox"/> Listerien</p> <p><input type="checkbox"/> MRSA-Kontrolle</p> <p><input type="checkbox"/> _____</p> <p>Antigen/Nukleinsäure-Nachweise</p> <p><input type="checkbox"/> Neiss.gonorrhoe (PCR)</p> <p><input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis (PCR)</p> <p><input type="checkbox"/> Chlamydia pneumoniae (PCR)</p> <p><input type="checkbox"/> HSV I/II <input type="checkbox"/> CMV <input type="checkbox"/> EBV</p> <p><input type="checkbox"/> HPV <input type="checkbox"/> VZV</p> <p><input type="checkbox"/> Gensonde Trichom./Gardnerella/Pilze</p> <p><input type="checkbox"/> Mycobacterium tuberculosis (PCR)</p> <p><input type="checkbox"/> Mycoplasma pneumoniae (PCR)</p> <p><input type="checkbox"/> Legionella pneumophila (PCR)</p> <p><input type="checkbox"/> Bordetella pertussis (PCR)</p> <p><input type="checkbox"/> Influenza A/B (PCR)</p> <p><input type="checkbox"/> Influenza A/B inkl. H₁N₁</p> <p><input type="checkbox"/> _____</p>
---	--	---