

E-Nummer:

Begleitschein für MIKROBIOLOGISCHE UNTERSUCHUNGEN

(in Block- oder Maschinenschrift ausfüllen, wenn möglich Drucketiketten verwenden!)

ZUWEISER: Tel.Nr. zusätzl. Befundempfänger:	VORBEFUNDE: Alte E-Nr.:
PATIENT: Familienname: Vorname:	
Geb.Dat.: Geschlecht: weibl. <input type="radio"/> männl. <input type="radio"/>	
<input type="radio"/> ambulant	<input type="radio"/> stationär
Klasse:	Kostentr.:
Klinische Diagnose:	
Antibiotikatherapie mit: Abnahmedatum:	

UNTERSUCHUNGSMATERIAL:

Harn: Mittelstrahl
 Einmalkatheter
 Dauerkatheter
 Punktion

Stuhl:
Blut:
Liquor:
Sputum:

Abstrich: _____
Entnahmestelle

Punktat/Biopsie: _____
Entnahmestelle

Absaugung: _____
Entnahmestelle

Katheter: _____
Art/Liegedauer

Drain: _____
Art/Liegedauer

GEWÜNSCHTE UNTERSUCHUNG:

Mikroskopie Wurmeier
 Kultur Oxyuren
 Resistenz Parasiten
 Pilze

TUBERKULOSE:

Material: _____

Mikroskopie Gen Nachweis
 Kultur Typisierung
 Resistenz

SCREENING-UNTERSUCHUNGEN:

GBS
nasal axillär perianal

MRSA
 ESBL

Sonstiges: _____