

E-Nr.:

Institut für klinische Pathologie

Leitung: Prim. Dr. Rene Silye

Dr. Wilhelm-Bock Str. 1, A-4840 Vöcklabruck

Tel.: 050554-71-26351; Fax: 050554-71-26304

## Mikrobiologische Untersuchung

(Begleitschein – in BLOCKBUCHSTABEN ausfüllen)

Aus dem niedergelassenen Bereich bitte immer einen Überweisungsschein mitsenden!

ZuweiserIn (inkl. Tel.) (Stempel)	zusätzl. BefundempfängerIn: (Name und Adresse)
PatientIn (Nach-,Vorname): (Etikett)	Geburtsdatum: _____ Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> k.A.
Abnahmedatum:	AZ: SV-Nr.: Kasse:
Antibiotikatherapie seit:	mit:
Klinische Angaben/Fragestellung:	

UNTERSUCHUNGSMATERIAL:	ART DER ENTNAHME:
<input type="checkbox"/> <b>BLUTKULTUR:</b> (Abnahmezeiten): _____ <input type="checkbox"/> arteriell <input type="checkbox"/> venös zentral <input type="checkbox"/> aus Portkatheter <input type="checkbox"/> venös peripher	<input type="checkbox"/> <b>ABSTRICH:</b> _____ (Entnahmestelle)
<input type="checkbox"/> <b>HARN:</b> <input type="checkbox"/> Mittelstrahlharn <input type="checkbox"/> Punktionsharn <input type="checkbox"/> Einmalkatheterharn <input type="checkbox"/> Beutelharn <input type="checkbox"/> Dauerkatheterharn <input type="checkbox"/> Sonstiges	<input type="checkbox"/> <b>KATHETER:</b> _____ (Art, Liegedauer):
<input type="checkbox"/> <b>STUHL</b>	<input type="checkbox"/> <b>DRAIN:</b> _____ (Art, Liegedauer):
<input type="checkbox"/> <b>LIQUOR:</b> <input type="checkbox"/> nativ <input type="checkbox"/> in Bouillon	<input type="checkbox"/> <b>PUNKTAT:</b> _____ (Art, Liegedauer):
<input type="checkbox"/> <b>SPUTUM:</b> <input type="checkbox"/> induziert <input type="checkbox"/> spontan	<input type="checkbox"/> <b>ABSAUGUNG:</b> _____ (Entnahmestelle)
<input type="checkbox"/> <b>TRACHEALSEKRET/-ABSAUGUNG</b>	<input type="checkbox"/> <b>SONSTIGES:</b> _____ (Entnahmestelle)
<input type="checkbox"/> <b>BRONCHIALSEKRET</b> <input type="checkbox"/> <b>BAL</b>	

ANALYSEANFORDERUNG:	
<input type="checkbox"/> <b>KULTUR:</b> <input type="checkbox"/> Bakterien <input type="checkbox"/> Pilze	<input type="checkbox"/> <b>STUHLDIAGNOSTIK:</b> (Auslandsaufenthalt): _____ <input type="checkbox"/> Enteritiserreger (Salmonella, Campylobacter, Shigella, EHEC) <input type="checkbox"/> erweitertes Enteritisspektrum (Yersinien, Plesiomonas, Vibrionen, ETEC) <input type="checkbox"/> Viren (Noro-, Adeno-, Rota-, Sapo-, Astrovirus) <input type="checkbox"/> Parasiten (Giardia lamblia, Entamoeba, Cryptosporidien) <input type="checkbox"/> Clostridium difficile (Toxin und PCR) <input type="checkbox"/> Helicobacter pylori <input type="checkbox"/> Wurmeier (Versand an die Parasitologie der Meduni Wien)
<input type="checkbox"/> <b>Legionellen- Pneumokokken-Ag</b> (Harn)	
<input type="checkbox"/> <b>SCREENING:</b> <input type="checkbox"/> GBS-Screening (Cervix, Vagina) <input type="checkbox"/> MRGN-Screening (Rachen, Rektum) <input type="checkbox"/> VRE-Screening	

Datum

Unterschrift Arzt/Ärztin