

Institut für klinische Pathologie
 Leitung: Prim. Univ.-Prof. Dr. Dr. HAYBÄCK Johannes
 Dr. Wilhelm-Bock Str. 1, A-4840 Vöcklabruck
 Tel.: 050554-71-26300; Mail: pathologie.vb@ooeg.at
 DaMe-Adresse: KHVBPAT

E-Nr.: _____

Mikrobiologische Untersuchung

(Begleitschein – in BLOCKBUCHSTABEN ausfüllen)

Aus dem niedergelassenen Bereich bitte immer einen Überweisungsschein mitsenden!

Zuweiser*in (inkl. Tel.) (Stempel)	zusätzl. Befundempfänger*in: (Name & Adresse)
Patient*in: (Etikett/Name & Adresse)	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"/> BLUTKULTUR: (Abnahmezeiten): _____	<input type="checkbox"/> ABSTRICH: _____ (Entnahmestelle)
<input type="checkbox"/> arteriell <input type="checkbox"/> venös zentral <input type="checkbox"/> aus Portkatheter <input type="checkbox"/> venös peripher	<input type="checkbox"/> KATHETER: _____ (Art, Liegedauer):
<input type="checkbox"/> HARN:	<input type="checkbox"/> DRAIN: _____ (Art, Liegedauer):
<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"/> PUNKTAT: _____ (Art, Liegedauer):
<input type="checkbox"/> STUHL	<input type="checkbox"/> ABSAUGUNG: _____ (Entnahmestelle)
<input type="checkbox"/> LIQUOR: <input type="checkbox"/> nativ <input type="checkbox"/> in Bouillon	<input type="checkbox"/> SONSTIGES: _____ (Entnahmestelle)
<input type="checkbox"/> SPUTUM: <input type="checkbox"/> induziert <input type="checkbox"/> spontan	
<input type="checkbox"/> TRACHEALSEKRET/-ABSAUGUNG	
<input type="checkbox"/> BRONCHIALESEKRET <input type="checkbox"/> BAL	

ANALYSEANFORDERUNG:	
<input type="checkbox"/> KULTUR: <input type="checkbox"/> Bakterien <input type="checkbox"/> Pilze	
<input type="checkbox"/> Legionellen- Pneumokokken-Ag (Harn)	
<input type="checkbox"/> SCREENING: <input type="checkbox"/> GBS-Screening (Cervix, Vagina) <input type="checkbox"/> MRGN-Screening (Rachen, Rektum)	

_____ Datum

_____ Unterschrift Arzt/Ärztin