



PATIENTENANGABEN

Name:

Vorname:

Geburtsdatum: weiblich männlich

Strasse:

PLZ/Ort:

Befundkopie Patient/Patientin

AUFTRAGGEBER/IN (NAME, ADRESSE)

.....

Befundkopie Arzt/Ärztin:

Fax (Praxis):

NOTFALL

Tel:

Fax:

RECHNUNG AN

Krankenkasse: Andere:

KLINISCHE ANGABEN

Entnahmedatum: Klinik: Schwangerschaft

Krankheitsdauer: Antibiotika:

Tierkontakt: Auslandsaufenthalt, Datum:

	PATIENTENPROBE UNTERSUCHUNGSMATERIAL	BAKTERIOLOGIE/PILZE	MOLEKULARBIOLOGIE (PCR)/ SPEZIELLE UNTERSUCHUNG
GENITALE INFEKTIONEN	<input type="checkbox"/> Vaginalabstrich <input type="checkbox"/> Zervikalabstrich <input type="checkbox"/> Urethralabstrich <input type="checkbox"/> Vulvaabstrich <input type="checkbox"/> Penisabstrich <input type="checkbox"/> Ejakulat <input type="checkbox"/> Ulcusabstrich <input type="checkbox"/> Rektalabstrich <input type="checkbox"/> Kombi-Abstrich (oral/urethral/rektal) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Kultur und Antibiogramm ○ nur Ureaplasma/Mycoplasma hominis ○ mit Antibiogramm ○ ohne Antibiogramm <input type="checkbox"/> Schwangerschafts-Vorsorge <input type="checkbox"/> nur hämolytische Streptokokken Gruppe B (PCR)	PCR-Untersuchung <input type="checkbox"/> Genitale Multiplex-PCR (STI-3-Panel) ¹ <input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis ○ Lymphogranuloma venereum (LGV) <input type="checkbox"/> Neisseria gonorrhoeae <input type="checkbox"/> Mycoplasma genitalium <input type="checkbox"/> Trichomonas vaginalis <input type="checkbox"/> HPV Humanes Papilloma Virus <input type="checkbox"/> HSV Herpes simplex Virus <input type="checkbox"/> Atopobium vaginae Ulcus im Genitalbereich <input type="checkbox"/> Treponema pallidum (Lues/Syphilis) <input type="checkbox"/> Haemophilus ducreyi (Ulcus molle) <input type="checkbox"/> HSV Herpes simplex Virus <input type="checkbox"/>
HARNWEGSINFEKTIONEN	Uricult <input type="checkbox"/> Mittelstrahlurin <input type="checkbox"/> Dauerkatheterurin UCK (Urin-Culture-Kit) <input type="checkbox"/> Mittelstrahlurin <input type="checkbox"/> Dauerkatheterurin <input type="checkbox"/> Spontanurin <input type="checkbox"/> Erststrahlurin <input type="checkbox"/> MYKOBAKTERIEN-DIAGNOSTIK Morgenurin (nativ) <input type="checkbox"/> Probe 1 <input type="checkbox"/> Probe 2 <input type="checkbox"/> Probe 3	<input type="checkbox"/> Kultur und Antibiogramm <input type="checkbox"/> Kultur und Antibiogramm ○ nur Ureaplasma/Mycoplasma hominis ○ mit Antibiogramm ○ ohne Antibiogramm <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mycobacterium tuberculosis/weitere spezies (Mikroskopie, PCR, Kultur, Antibiogramm)	PCR-Untersuchung aus Urin <input type="checkbox"/> Genitale Multiplex-PCR (STI-3-Panel) ¹ <input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis <input type="checkbox"/> Neisseria gonorrhoeae <input type="checkbox"/> Mycoplasma genitalium <input type="checkbox"/> HSV Herpes simplex Virus <input type="checkbox"/> Trichomonas vaginalis <input type="checkbox"/> CMV Cytomegalievirus <input type="checkbox"/> Antigen-Nachweis aus Urin <input type="checkbox"/> Legionella pneumophila <input type="checkbox"/> Streptococcus pneumoniae <input type="checkbox"/> Schistosoma spezies (Nativurin)

¹ Genitale Multiplex-PCR (STI-3-Panel) umfasst Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae und Mycoplasma genitalium.

	PATIENTENPROBE UNTERSUCHUNGSMATERIAL	BAKTERIOLOGIE/PILZE/PARASITEN	MOLEKULARBIOLOGIE (PCR)/ SPEZIELLE UNTERSUCHUNG
WUNDINFEKTE, GELENKSINFEKTE, SYSTEMISCHE INFEKTIONEN	<input type="checkbox"/> oberflächliche Wunde: <input type="checkbox"/> tiefe Wunde/Eiter: <input type="checkbox"/> Hautabstrich: <input type="checkbox"/> Hautbläschen: <input type="checkbox"/> Katheterspitze <input type="checkbox"/> Punktat: <input type="checkbox"/> <hr/> <input type="checkbox"/> Blutkulturen: <input type="radio"/> Set 1 <input type="radio"/> Set 2 <input type="radio"/> Set 3 (Für Kinder spezielle Blutkultur-Flaschen verwenden) <input type="checkbox"/> Natrium-Citrat-Blut (für Mykobakterien) <input type="checkbox"/> EDTA-Blut (für PCR)	<input type="checkbox"/> Kultur und Antibiogramm <input type="checkbox"/> Mycobacterium tuberculosis/weitere spezies (Mikroskopie, PCR, Kultur, Antibiogramm) <input type="checkbox"/> <hr/> <input type="checkbox"/> Kultur und Antibiogramm <input type="radio"/> Pilze <input type="checkbox"/> Mykobakterien <input type="checkbox"/>	PCR-Untersuchung <input type="checkbox"/> Bakterielle Breitband-PCR (falls Kultur negativ) <input type="checkbox"/> Borrelia burgdorferi/verwandte spezies <input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis <input type="checkbox"/> Chlamydomydia pneumoniae <input type="checkbox"/> HSV Herpes simplex Virus <input type="checkbox"/> Neisseria gonorrhoeae <input type="checkbox"/> Tropheryma whipplei <input type="checkbox"/> VZV Varizella-Zoster Virus <input type="checkbox"/> PCR-Untersuchung (nur aus EDTA-Blut) <input type="checkbox"/> Bartonella henselae/quintana <input type="checkbox"/> Borrelia burgdorferi/verwandte Spezies <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Nagel: <input type="radio"/> Hand <input type="radio"/> Fuss <input type="checkbox"/> Hautschuppen: <input type="checkbox"/> Haare	<input type="checkbox"/> Kultur auf alle Pilze (Dermatophyten, Hefen und Schimmelpilze)	
ORL- UND PULMONALE INFEKTIONEN	<input type="checkbox"/> Rachenabstrich <input type="checkbox"/> Tonsillenabstrich <input type="checkbox"/> Nasopharynxabstrich <input type="checkbox"/> Sputum <input type="checkbox"/> Tracheal-/Bronchialsekret <input type="checkbox"/> Augenabstrich <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ohrabstrich	<input type="checkbox"/> Kultur und Antibiogramm <input type="radio"/> nur hämolytische Streptokokken <input type="radio"/> Corynebacterium diphtheriae <input type="radio"/> Hefen (Candida/weitere) <input type="radio"/> <hr/> Kultur und Antibiogramm <input type="checkbox"/> bei Otitis media (aerobe und anaerobe Bakterien) <input type="checkbox"/> bei Otitis externa (aerobe Bakterien, Hefen und Schimmelpilze) <input type="checkbox"/> Mycobacterium tuberculosis/weitere spezies (Mikroskopie, PCR, Kultur, Antibiogramm)	PCR-Untersuchung <input type="checkbox"/> Respiratorische Multiplex-PCR für Bakterien und Viren ² <input type="checkbox"/> Bordetella pertussis /parapertussis <input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis <input type="checkbox"/> CMV Cytomegalievirus <input type="checkbox"/> HSV Herpes simplex Virus <input type="checkbox"/> Legionella spezies <input type="checkbox"/> Mikrosporidien <input type="checkbox"/> Neisseria gonorrhoeae <input type="checkbox"/> Pneumocystis jirovecii (PCP) <input type="checkbox"/> VZV Varizella-Zoster Virus <input type="checkbox"/>
	MYKOBAKTERIEN-DIAGNOSTIK <input type="checkbox"/> Sputum <input type="radio"/> Probe 1 <input type="radio"/> Probe 2 <input type="radio"/> Probe 3 <input type="checkbox"/> Tracheal-/Bronchialsekret		
MULTIRESISTENTE KEIME	<input type="checkbox"/> Rachen-/Nasenvorhofabstrich (für MRSA) <input type="checkbox"/> Leistenabstrich (für MRSA) <input type="checkbox"/> Perineumabstrich (für MRSA) <input type="checkbox"/> Rektalabstrich (für ESBL/CPE/VRE) <input type="checkbox"/> Urin (MRSA/ESBL/CPE/VRE) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> MRSA (Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus) <input type="checkbox"/> MRGN (Multiresistente gramnegative Bakterien) <input type="checkbox"/> • ESBL (Breitspektrum-Betalaktamase) <input type="checkbox"/> • CPE (Carbapenemase) <input type="checkbox"/> VRE (Vancomycin-resistente Enterokokken)	<input type="checkbox"/> Screening (PCR/Kultur/Antibiogramm) <input type="checkbox"/> Kontrolle nach Dekolonisation (Kultur/Antibiogramm)
GASTROINTESTINALE INFEKTIONEN	<input type="checkbox"/> Rektalabstrich (FecalSwab; für PCR/Kultur) <input type="checkbox"/> Stuhl-Set (für alle Stuhl-Untersuchungen) (Stuhlproben von einem Stuhlgang) <input type="checkbox"/> SAF-Set (für Mikroskopie) (Stuhlproben von drei verschiedenen Stuhlgängen) <input type="checkbox"/> Wurmteile (Regenwurm- oder nudelähnliche Stücke ohne Stuhl) <input type="checkbox"/> Analkleber	<input type="checkbox"/> Antibiogramm ³ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mikroskopie auf Parasiten (Protozoen und Wurmeier) <hr/> <input type="checkbox"/> Enterobius vermicularis	PCR-Untersuchung <input type="checkbox"/> Gastrointestinale Multiplex-PCR für Bakterien, Viren, Parasiten ³ <input type="checkbox"/> Norovirus <input type="checkbox"/> Clostridium difficile Toxin <input type="checkbox"/> Mikrosporidien Antigen-Nachweis (benötigt Nativstuhl) <input type="checkbox"/> Helicobacter pylori <input type="checkbox"/> Rota- und Adenovirus <input type="checkbox"/> Larvenkultur (benötigt frischen Nativstuhl) <input type="checkbox"/> Strongyloides stercoralis

² Respiratorische Multiplex-PCR umfasst Adenovirus, Coronavirus HKU1, Coronavirus NL63, Coronavirus 229E, Coronavirus OC43, Humanes Metapneumovirus, Humanes Rhino/Enterovirus, Influenza A, Influenza A/H1, Influenza A/H1-2009, Influenza A/H3, Influenza B, Parainfluenza 1, Parainfluenza 2, Parainfluenza 3, Parainfluenza 4, RSV Respiratory Syncytial Virus, Bordetella pertussis, Chlamydomydia pneumoniae, Mycoplasma pneumoniae.

³ Gastrointestinale Multiplex-PCR umfasst Campylobacter (C. jejuni/C. coli/C. upsaliensis)*, Clostridium difficile (Toxin A/B), Plesiomonas shigelloides*, Salmonella*, Vibrio (V. parahaemolyticus/V. vulnificus/V. cholerae)*, Vibrio cholerae (separat)*, Yersinia enterocolitica*, Enterococcus aggregative E. coli (EAEC), Enteropathogene E. coli (EPEC), Enterotoxigene E. coli (ETEC) lt/st, Shiga-Toxin-erzeugende E. coli (EHEC/STEC) stx1/stx2, E. coli O157, Shigella/Enteroinvasive E. coli (EIEC)*, Adenovirus F 40/41, Astrovirus, Norovirus GI/GII, Rotavirus A, Sapovirus (Genogruppen I, II, IV und V), Cryptosporidium, Cyclospora cayatanensis, Entamoeba histolytica, Giardia lamblia. * Bei positiver PCR wird systematisch eine Untersuchung mittels Kultur und gegebenenfalls ein Antibiogramm durchgeführt.