



PATIENTENANGABEN

Name

Vorname

Geburtsdatum weiblich männlich

Strasse

PLZ/Ort E-Mail:

Befundkopie Patient/Patientin Tel.:

Befundkopie Arzt/Ärztin:

Fax/HIN-Mail:

RECHNUNG AN

Krankenkasse:

AUFTRAGGEBER/IN (NAME, ADRESSE)

NOTFALL

Tel:

Fax/HIN-Mail:

KLINISCHE ANGABEN

Entnahmedatum:




Klinik:





Krankheitsdauer:

Schwangerschaft

Auslandaufenthalt, Datum:

Antibiotika:

	PROBENMATERIAL	KLASSISCHE MIKROBIOLOGIE	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 <input type="radio"/> nur Mycoplasma hominis/Ureaplasma <input type="radio"/> ohne Antibiogramm Schwangerschafts-Vorsorge <input type="checkbox"/> nur hämolytische Streptokokken Gruppe B (PCR) <input type="checkbox"/> Spermienkontrolle nach Vasektomie <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Genitale Multiplex (STI-3) <i>C. trachomatis, N. gonorrhoeae, M. genitalium</i> <input type="checkbox"/> Mycoplasma/Ureaplasma-Multiplex <i>M. genitalium, M. hominis, U. parvum, U. urealyticum</i> <input type="checkbox"/> Virus-Vesikel-Multiplex <i>HSV/VZV/HHV6/Entero-Coxsackie/Mpox</i> <input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis <input type="radio"/> falls positiv, Genotypisierung LGV <input type="checkbox"/> Neisseria gonorrhoeae <input type="checkbox"/> Mycoplasma genitalium <input type="radio"/> falls positiv, Resistenzprüfung <input type="checkbox"/> Atopobium vaginae <input type="checkbox"/> HPV Humanes Papilloma Virus <input type="checkbox"/> HSV Herpes simplex Virus 1 + 2 <input type="checkbox"/> HSV/VZV-Duplex <input type="checkbox"/> Treponema pallidum/Haemophilus ducreyi <input type="checkbox"/> Trichomonas vaginalis <input type="checkbox"/>
	HARNWEGSINFEKTIONEN	Uricult <input type="checkbox"/> Mittelstrahlurin <input type="checkbox"/> Dauerkatheterurin <input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> Kultur und Antibiogramm
UCK (Urin-Culture-Kit) <input type="checkbox"/> Mittelstrahlurin <input type="checkbox"/> Dauerkatheterurin <input type="checkbox"/> 1. Morgenurin <input type="checkbox"/> 1. Portion <input type="checkbox"/> Spontanurin <input type="checkbox"/> Nativurin <input type="checkbox"/> 		<input type="checkbox"/> Kultur und Antibiogramm <input type="radio"/> nur Mycoplasma hominis/Ureaplasma <input type="radio"/> ohne Antibiogramm <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Antigen-Nachweis aus Urin <input type="checkbox"/> Legionella pneumophila <input type="checkbox"/> Streptococcus pneumoniae <input type="checkbox"/> Schistosoma spezie (Nativurin)
	MYKOBAKTERIEN-DIAGNOSTIK <input type="checkbox"/> 1. Morgenurin (50 ml nativ) <input type="radio"/> Probe 1 <input type="radio"/> Probe 2 <input type="radio"/> Probe 3	<input type="checkbox"/> Mycobacterium tuberculosis/weitere Spezies (Mikroskopie, PCR, Kultur, Antibiogramm)	

	PROBENMATERIAL	KLASSISCHE MIKROBIOLOGIE	PCR/SPEZIELLE UNTERSUCHUNG
WUNDINFEKTE, GELENKSINFEKTIONEN, SYSTEMISCHE INFEKTIONEN	<input type="checkbox"/> oberflächliche Wunde: <input type="checkbox"/> tiefe Wunde/Eiter: <input type="checkbox"/> Hautbläschen: <input type="checkbox"/> Katheterspitze: <input type="checkbox"/> Punktat: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Kultur und Antibiogramm <input type="checkbox"/> Mycobacterium tuberculosis/weitere Spezies (Mikroskopie, PCR, Kultur, Antibiogramm) <input type="checkbox"/> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> Punktat - Zusatzanalysen <input type="checkbox"/> Leukozyten (EDTA-Röhrchen) <input type="checkbox"/> Kristalle <input type="checkbox"/> Harnsäure <input type="checkbox"/> Protein <input type="checkbox"/> LDH Laktatdehydrogenase </div>	<input type="checkbox"/> <i>Virus-Vesikel-Multiplex</i> <i>HSV/VZV/HHV6/Entero-Coxsackie/Mpox</i> <input type="checkbox"/> Bakterielle Breitband-PCR (falls Kultur negativ) <input type="checkbox"/> Bartonella henselae/quintana <input type="checkbox"/> Borrelia burgdorferi/verwandte Spezies <input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis <input type="checkbox"/> Chlamydomphila pneumoniae <input type="checkbox"/> HSV Herpes simplex Virus 1 + 2 <input type="checkbox"/> HSV/VZV-Duplex <input type="checkbox"/> Neisseria gonorrhoeae <input type="checkbox"/> Tropheryma whipplei <input type="checkbox"/> VZV Varizella-Zoster Virus <input type="checkbox"/>
	<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="radio"/> V. a. Brucellose/Endokarditis/Fungämie <input type="checkbox"/>	<u>PCR-Untersuchung aus EDTA-Blut</u> <input type="checkbox"/> Bartonella henselae/quintana <input type="checkbox"/> Borrelia burgdorferi/verwandte Spezies <input type="checkbox"/>
PILZ-INFEKT	<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 Hefen und Schimmelpilze (inkl. Mikroskopie)	<input type="checkbox"/> <i>Dermatomyces-Multiplex</i> ¹ (inkl. Mikroskopie)
AUGEN, 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"/> Kultur und Antibiogramm <input type="radio"/> nur hämolytische Streptokokken <input type="radio"/> Corynebacterium diphtheriae <input type="radio"/> Hefen (Candida/weitere) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <i>Respiratorische Multiplex für Viren und nicht routinemässig kultivierbare Bakterien</i> ¹ <input type="checkbox"/> <i>Respiratorische Miniplex für Viren</i> <i>Influenzavirus A+B/RSV/SARS-CoV-2</i> <input type="checkbox"/> <i>Virus-Vesikel-Multiplex</i> <i>HSV/VZV/HHV6/Entero-Coxsackie/Mpox</i> <input type="checkbox"/> Adenovirus <input type="checkbox"/> Bordetella pertussis /parapertussis <input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis <input type="checkbox"/> CMV Cytomegalievirus <input type="checkbox"/> Coronavirus SARS-CoV-2 <input type="checkbox"/> HSV Herpes simplex Virus 1 + 2 <input type="checkbox"/> HSV/VZV-Duplex <input type="checkbox"/> Legionella pneumophila/verwandte 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"/>
	<input type="checkbox"/> Ohrabstrich 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	<input type="checkbox"/> 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)	
MULTIRESISTENTE KEIME	<input type="checkbox"/> Rachen-/Nasenvorhofabstrich <input type="checkbox"/> Leistenabstrich <input type="checkbox"/> Rektalabstrich <input type="checkbox"/> Urin (bei Dauerkatheter) <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"/> Candida auris	<input type="checkbox"/> Kontrolle nach Dekolonisierung
GASTROINTESTINALE INFEKTIONEN	<input type="checkbox"/> Rektalabstrich (FecalSwab; für PCR/Kultur)  <input type="checkbox"/> Stuhl-Set (geeignet 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"/> Therapiekontrolle: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mikroskopie auf Parasiten (Protozoen und Wurmeier)	<input type="checkbox"/> <i>Gastrointestinale Multiplex für Bakterien, Viren und protozoäre Parasiten</i> ¹ <input type="checkbox"/> Clostridioides difficile Toxin <input type="checkbox"/> Mikrosporidien <input type="checkbox"/> Antigen-Nachweis (benötigt Nativstuhl) <input type="checkbox"/> Calprotectin <input type="checkbox"/> Helicobacter pylori <input type="checkbox"/> Okkultes Blut (FIT) <input type="checkbox"/> Pankreas-Elastase <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Analkleber 	<input type="checkbox"/> Enterobius vermicularis (Oxyuren)	Larvenkultur (benötigt frischen Nativstuhl) <input type="checkbox"/> Strongyloides stercoralis

¹ Für das Erregerspektrum siehe Multiplex-Information auf der Lg1- Webseite (unter Infothek).