

**PATIENTENANGABEN**

Name .....  
 Vorname .....  
 Geburtsdatum .....  weiblich  männlich  
 Strasse .....  
 PLZ/Ort .....

AUFTRAGGEBER/IN (NAME, ADRESSE)  
 .....  
 .....

Befundkopie Patient/Patientin  
 .....  
 Befundkopie Arzt/Ärztin:  
 .....  
 Fax/HIN-Mail: .....

**NOTFALL**

Tel: .....  
 Fax/HIN-Mail: .....




**RECHNUNG AN**

Krankenkasse: .....





Andere: .....

**KLINISCHE ANGABEN**

Entnahmedatum: ..... Klinik: .....  Schwangerschaft  
 Krankheitsdauer: ..... Antibiotika: .....  
 Tierkontakt: ..... Auslandsaufenthalt, Datum: .....

	PATIENTENPROBE/MATERIAL	BAKTERIOLOGIE/PILZE	PCR/SPEZIELLE UNTERSUCHUNG
<b>GENITALE INFEKTIONEN</b>	<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 Ureaplasma/Mycoplasma hominis <input type="radio"/> mit Antibiogramm <input type="radio"/> ohne Antibiogramm  <b>Schwangerschafts-Vorsorge</b> <input type="checkbox"/> nur hämolytische Streptokokken Gruppe B (PCR) <input type="checkbox"/> .....	<b>PCR-Untersuchung</b> <input type="checkbox"/> Genitale Multiplex-PCR (STI-3-Panel) <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis <input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis Genotypisierung LGV <input type="checkbox"/> Neisseria gonorrhoeae <input type="checkbox"/> Mycoplasma genitalium <input type="checkbox"/> Mycoplasma genitalium Makrolid-Resistenz <input type="checkbox"/> Trichomonas vaginalis <input type="checkbox"/> HPV Humanes Papilloma Virus <input type="checkbox"/> HSV Herpes simplex Virus 1+2 <input type="checkbox"/> Atopobium vaginae <input type="checkbox"/> Treponema pallidum (Lues/Syphilis) <input type="checkbox"/> Haemophilus ducreyi (Ulcus molle) <input type="checkbox"/> .....
	<b>HARNWEGSINFEKTIONEN</b>	<b>Uricult</b> <input type="checkbox"/> Mittelstrahlurin <input type="checkbox"/> Dauerkatheterurin 	<input type="checkbox"/> Kultur und Antibiogramm
<b>UCK (Urin-Culture-Kit)</b> <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"/> Kultur und Antibiogramm <input type="radio"/> nur Ureaplasma/Mycoplasma hominis <input type="radio"/> mit Antibiogramm <input type="radio"/> ohne Antibiogramm <input type="checkbox"/> .....	<b>Antigen-Nachweis aus Urin</b> <input type="checkbox"/> Legionella pneumophila <input type="checkbox"/> Streptococcus pneumoniae <input type="checkbox"/> Schistosoma spezie (Nativurin)
	<b>MYKOBAKTERIEN-DIAGNOSTIK</b> 1. Morgenurin (50 ml nativ) <input type="checkbox"/> Probe 1 <input type="checkbox"/> Probe 2 <input type="checkbox"/> Probe 3	<input type="checkbox"/> Mycobacterium tuberculosis/weitere Spezies (Mikroskopie, PCR, Kultur, Antibiogramm)	

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

	PATIENTENPROBE/MATERIAL	BAKTERIOLOGIE/PILZE/PARASITEN	PCR/SPEZIELLE UNTERSUCHUNG
WUNDINFEKTE, GELENKINFEKTE, SYSTEMISCHE INFESTIONEN	<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"/> .....	<b>PCR-Untersuchung</b> <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"/> Chlamydia pneumoniae <input type="checkbox"/> HSV Herpes simplex Virus 1+2 <input type="checkbox"/> Neisseria gonorrhoeae <input type="checkbox"/> Tropheryma whipplei <input type="checkbox"/> VZV Varizella-Zoster Virus <input type="checkbox"/> .....
	<input type="checkbox"/> Blutkulturen: ..... ○ Set 1   ○ Set 2   ○ 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 ○ Pilze <input type="checkbox"/> Mykobakterien <input type="checkbox"/> .....	<b>PCR-Untersuchung (aus EDTA-Blut)</b> <input type="checkbox"/> Bartonella henselae/quintana <input type="checkbox"/> Borrelia burgdorferi/verwandte Spezies <input type="checkbox"/> .....
PILZ- INFEKT	<input type="checkbox"/> Nagel:   ○ Hand   ○ Fuss <input type="checkbox"/> Hautschuppen: ..... <input type="checkbox"/> Haare	<input type="checkbox"/> Kultur auf alle Pilze (Dermatophyten, Hefen und Schimmelpilze)	
ORL- UND PULMONALE INFESTIONEN	<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 ○ nur hämolytische Streptokokken ○ Corynebacterium diphtheriae ○ Hefen (Candida/weitere)  <input type="checkbox"/> .....	<b>PCR-Untersuchung</b> <input type="checkbox"/> Respiratorische Multiplex-PCR für Viren und nicht routinemässig kultivierbare Bakterien [2] <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"/> 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"/> .....
	<input type="checkbox"/> Ohrabstrich  <b>MYKOBAKTERIEN-DIAGNOSTIK</b> <input type="checkbox"/> Sputum   ○ Probe 1   ○ Probe 2   ○ 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"/> Perineumabstrich <input type="checkbox"/> Rektalabstrich <input type="checkbox"/> Urin <input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> MRSA (Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus) <input type="checkbox"/> MRGN (Multiresistente gramnegative Bakterien) • ESBL (Breitspektrum-Betalaktamase) • 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 INFESTIONEN	<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"/> Kontrolle: ..... <input type="checkbox"/> .....  <input type="checkbox"/> Mikroskopie auf Parasiten (Protozoen und Wurmeier)  <input type="checkbox"/> Enterobius vermicularis (Oxyuren)	<b>PCR-Untersuchung</b> <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  <b>Antigen-Nachweis (benötigt Nativstuhl)</b> <input type="checkbox"/> Helicobacter pylori <input type="checkbox"/> Calprotectin <input type="checkbox"/> Okkultes Blut (FIT) <input type="checkbox"/> .....  <b>Larvenkultur (benötigt frischen Nativstuhl)</b> <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, Chlamydia pneumoniae und 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\*, Enterococci (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 cayentanensis, Entamoeba histolytica und Giardia lamblia. \* Bei positiver PCR wird systematisch eine Untersuchung mittels Kultur und gegebenenfalls ein Antibiogramm durchgeführt.