

MEDIZINISCHE BAKTERIOLOGIE UND MYKOLOGIE



Medizinische Universität Graz

Institut für Hygiene, Mikrobiologie und Umweltmedizin
Leitung: Univ.-Prof. Dr. Ivo Steinmetz
Neue Stiftingtalstraße 6, A-8010 Graz

Labor für Medizinische Bakteriologie und Mykologie
Leiter: Ass.-Prof. Dr. Gebhard Feierl
Tel.: (0316) 385 73730
<http://hygiene.medunigraz.at>

Bitte in Blockschrift ausfüllen (oder Aufkleber, wenn möglich mit Barcode)!

Familienname: _____ Vorname: _____ Geb.-Datum (TTMMJJ): ____/____/____ Geschlecht: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w Krankenkasse: _____ SV-Nr.: _____ <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> privat	Einsender mit Telefonnummer/Fax:
---	---

Grundleiden: _____

Einsendegrund: _____

Antibiotikatherapie mit: _____ seit: _____

UNTERSUCHUNGSMATERIAL: Abnahmedatum(TTMMJJ): ____/____/____ Uhrzeit (hhmm): ____/____

- | | | | | |
|--|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Katheterharn | <input type="checkbox"/> Mittelstrahlharn | <input type="checkbox"/> Sackerlharn | <input type="checkbox"/> Uricult (Katheterharn) | <input type="checkbox"/> Uricult (Mittelstrahlharn) |
| <input type="checkbox"/> Stuhl/Durchfallerreger (Salmonella, Campylobacter etc.) | <input type="checkbox"/> Stuhl/CD (Clostridium difficile) | <input type="checkbox"/> Stuhl/Listerien | <input type="checkbox"/> Stuhl Überwachung (bei Intensivpatienten) | <input type="checkbox"/> Stuhl/Screening (ESBL-Screening) |
| <input type="checkbox"/> Vaginalabstrich | <input type="checkbox"/> Cervixabstrich | <input type="checkbox"/> Genitalabstrich | <input type="checkbox"/> Rectumabstrich | <input type="checkbox"/> Urethraabstrich |
| <input type="checkbox"/> Rachenabstrich | <input type="checkbox"/> Sputum | <input type="checkbox"/> induz. Sputum | <input type="checkbox"/> BAL | <input type="checkbox"/> Trachealsekret |
| <input type="checkbox"/> Nasenabstrich | <input type="checkbox"/> Bindehautabstrich | <input type="checkbox"/> Ohrabstrich | <input type="checkbox"/> Spitze von _____ in BHI | |
| <input type="checkbox"/> Blutkultur aerob | <input type="checkbox"/> Blutkultur anaerob | <input type="checkbox"/> Liquor nativ | <input type="checkbox"/> Liquor-Kultur | |
| <input type="checkbox"/> Hautabstrich von _____ | | | <input type="checkbox"/> Punktat (in BHI) von _____ | |
| <input type="checkbox"/> Wundabstrich von _____
Lokalisaton, Körperstelle _____ | | | <input type="checkbox"/> Punktat (in BK-Flasche) von _____ | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | | | <input type="checkbox"/> Punktat (nativ) von _____ | |

GEWÜNSCHTE UNTERSUCHUNGEN:

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bakterienkultur | <input type="checkbox"/> Pilzkultur | <input type="checkbox"/> Mykobakterienkultur (TB) | |
| <input type="checkbox"/> Screening auf ESBL/MRGN* | <input type="checkbox"/> Screening auf MRSA* | <input type="checkbox"/> Screening auf VRE* | <input type="checkbox"/> Screening auf B-Streptokokken* |

Besondere Fragestellung: _____

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Helicobacter pylori-Kultur (Spezielles Transportmedium!) | <input type="checkbox"/> Helicobacter pylori – AG (aus Stuhl)* |
| <input type="checkbox"/> Genitale Mycoplasmen-Kultur (M. hominis, U. urealyticum) (Spezielles Transportmedium!) | |
| <input type="checkbox"/> Cryptokokken-AG (aus Liquor, Blut) | |

*Werden im ambulanten Bereich nicht von der Krankenkasse bezahlt