

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 <input type="checkbox"/> Grav./SSW: ____ <input type="checkbox"/> immunsupprimiert	Einsender mit Telefonnummer/Fax: _____
---	---

Abnahmedatum (TTMMJJ): ____/____/____/

Uhrzeit (HHMM): ____/____

Im niedergelassenen und im ambulanten Klinikbereich bitte immer Überweisungsschein mitsenden!

Klinische Diagnose: _____ Einsendegrund: _____

Antibiotikatherapie mit: _____ seit: _____

Besondere Fragestellung: _____

BAKTERIOLOGIE UND MYKOLOGIE

PROBENMATERIAL

- | | | | | |
|--|---|--|--|---|
| <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
<small>(Salmonella, Campylobacter etc.)</small> | <input type="checkbox"/> Stuhl/CD Toxin
<small>(Clostridium difficile)</small> | <input type="checkbox"/> Stuhl/Listerien | <input type="checkbox"/> Stuhl Überwachung
<small>(bei Intensivpatienten)</small> | <input type="checkbox"/> Stuhl/Screening
<small>(ESBL-Screening)</small> |
| <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 _____ | |
| <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 von _____ | |
| <input type="checkbox"/> Wundabstrich von _____
Lokalisation, Körperstelle _____ | | | <input type="checkbox"/> Punktat (in BK-Flasche) von _____ | |
| <input type="checkbox"/> Redonabstrich von _____ | | | <input type="checkbox"/> Punktat (nativ) von _____ | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ | | | | |

KULTURELLE NACHWEISVERFAHREN

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bakterienkultur | <input type="checkbox"/> Pilzkultur | <input type="checkbox"/> Tuberkulose/atypische Mykobakt. |
| <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* | <input type="checkbox"/> Helicobacter pylori-Kultur (spezielles Transportmedium!) | |
| <input type="checkbox"/> Genitale Mycoplasmen-Kultur (M. hominis, Ureaplasma spp.) (spezielles Transportmedium!) | | |

ANTIGENNACHWEISE (siehe auch Einsendeschein Infektionsserologie)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kryptokokken-AG (aus Liquor, Blut) | <input type="checkbox"/> Helicobacter pylori - AG (aus Stuhl)* |
|---|--|

CF-PATIENTEN/INNEN

- quantitative Bakterienkultur MIT MHK-Bestimmung
- quantitative Bakterienkultur OHNE MHK-Bestimmung

MOLEKULARE NACHWEISVERFAHREN (PCR)

KEINE KOSTENÜBERNAHME DURCH KRANKENKASSE IM AMBULANTEN BEREICH!

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nachweis von MRSA/ S. aureus * | <input type="checkbox"/> Clostridium difficile Toxin * |
| <input type="checkbox"/> Multiplex-PCR "DP1" für Enteritis-Erreger: Campylobacter, Salmonella, Shigella, STEC (EHEC) * | |
| <input type="checkbox"/> Multiplex-PCR "DP1+DP2" für erweiterte Enteritis-Erreger: zusätzlich Yersinia, Plesiomonas, ETEC, Vibrio * | |

PARASITOLOGISCHE UNTERSUCHUNGEN siehe Rückseite!

Datum (TTMMJJ): ____/____/____/

Unterschrift und Name (in Blockschrift) der anfordernden Ärzt*in _____

*Werden im ambulanten Bereich **nicht** von der Krankenkasse bezahlt!

PARASITOLOGIE MIKROSKOPISCHER NACHWEIS (siehe auch Einsendeschein Molekulare Erregerdiagnostik) PROBENMATERIAL

ganze (abgegangene, entfernte) Parasitenteile (in physiologische NaCl-Lösung einlegen)

Helminthen Parasitenteile _____

Stuhl (kirschgroße Faecesproben) Amöben Helminthen
 Protozoen Wurmeier _____

Analabklatsch Oxyuren (Kindermadenwurm)

Harn Wurmeier (zB. Bilharziose) _____

Blutausstriche, dicker Tropfen Malaria Mikrofilarien Trypanosomen

Bronchoalveolarlavage oder induziertes Sputum Pneumocystis jirovecii

Zysteninhalt Echinococcus sp.

Duodenalsaft Giardia lamblia **Andere Untersuchungen** Material: _____

HINWEISE ZU PARASITOLOGIE EINSENDUNGEN

ganze (abgegangene, entfernte) Parasiten(teile), Ektoparasiten (Determinat)

- z.B.: Bandwurmglieder, Spul- und Madenwürmer, Fliegenlarven, etc.
- ▶ in physiologische NaCl-Lösung oder 70%igen Alkohol einlegen
- ▶ im Harn- oder Stuhlgefäß gut verschlossen versenden oder rascher Transport ins Labor

Stuhl

- auf Wurmeier, Wurmlarven; Protozoenzysten (z.B.: *Amoeben*, *Giardia lamblia* etc.)
- ▶ es genügen kirschgroße Faecesproben
- ▶ für Untersuchung auf vegetative Formen (Trophoziten) von Protozoen körperwarmen Stuhl möglichst rasch in das Labor bringen (~ max. 30 min)
- ▶ bitte die dafür vorgesehenen Einsendegefäße verwenden (Infektionsgefahr!)

Analabklatsch

- auf Oxyuren; Eier sind nur zu 5 % im Stuhl nachweisbar!
- ▶ Die Analregion morgens nach dem Aufstehen mit einem durchsichtigen Klebeband („Tixostreifen“) abtupfen und den Streifen (Klebeschicht) auf einen Objektträger kleben
- ▶ Objektträger beschriften und bruchsicher verschicken (Überkarton)

Harn

- auf Wurmeier (z.B.: *Blasenbilharziose*)
- ▶ letzte Portionen der Mittagsharne; der Patient soll vor dem Urinieren möglichst viel körperliche Bewegung machen („Stiegensteigen“)

Blutausstriche, dicker Tropfen

- auf Blutparasiten (z.B.: *Malaria*)
- ▶ nur gereinigte, entfettete Objektträger verwenden
- ▶ Blut aus der Fingerbeere; KEIN Venenblut
- ▶ Blutabnahme während oder nach Fieberschüben
- ▶ Blutausstriche (besonders „dicker Tropfen“) gut trocknen lassen
- ▶ Objektträger beschriften und bruchsicher verschicken (Überkarton)
- ▶ EDTA-Blut darf nicht älter als 24 Stunden sein