

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

**Abnahmedatum (TTMMJJ):** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/

**Uhrzeit (HHMM):** \_\_\_\_/\_\_\_\_

**Klinische Diagnose:** \_\_\_\_\_ **Einsendegrund:** \_\_\_\_\_

**Antibiotikatherapie mit:** \_\_\_\_\_ **seit:** \_\_\_\_\_

**PROBENMATERIAL:** \_\_\_\_\_

**Lokalisation:** \_\_\_\_\_

**Intraoperative Proben (Infektbox):**

Gewebeprobe in BHI I \_\_\_\_\_

II \_\_\_\_\_

III \_\_\_\_\_

IV \_\_\_\_\_

V \_\_\_\_\_

Wundabstrich von I \_\_\_\_\_

II \_\_\_\_\_

III \_\_\_\_\_

Homogenisierung Gewebe aus \_\_\_\_\_

Sonikation von \_\_\_\_\_

**Punktat:**

Punktat aus \_\_\_\_\_

Nativ  in BK-Flasche  in BHI

Redonabstrich \_\_\_\_\_ postoperativer Tag \_\_\_\_\_

**Gewünschte Untersuchungen:**

Bakterien-/Pilznachweis  Mykobakterienkultur (Material nativ, keine Abstriche, kein BHI)

CITO Gramfärbung (Punktat nativ, kein BHI) mit telefonischer Verständigung unter 385-73730 (Rückruf unter \_\_\_\_\_ erbeten)

**bitte umblättern!**

