Med Uni Graz *Pioneering Minds*

Diagnostik & Forschungsinstitut für Hygiene, Mikrobiologie und Umweltmedizin
Vorstand: Univ. Prof. Dr. Ivo Steinmetz
Neue Stiftingtalstraße 6, 8010 Graz

OP-SCHEIN ORTHOPÄDIE/TRAUMATOLOGIE

Tel.: 0316/385-73701

Familienname: _____

Vorname: _____

Geb.-Datum (TTMMJJ): ____/____/____ Geschlecht: □ m □ w □ d

Krankenkasse: _____ SV-Nr.: _____

□ stationär □ ambulant □ privat □ Grav./SSW:___
□ immunsupprimiert

Einsender*in mit Telefonnummer:

Bitte Barcode freilassen!

Abnahmedatum (TTMMJJ): ___/___/___ **Uhrzeit (HHMM):** ___/___

Klinische Diagnose: _____ Einsendegrund: _____

Antibiotikatherapie mit: _____ seit: _____

Probenmaterial: _____

INFEKTBOX:

□ Homogenisierung Gewebeprobe für Kultur auf Bakterien / Pilze

I Lokalisation: _____

II Lokalisation: _____

III Lokalisation: _____

IV Lokalisation: _____

V Lokalisation: _____

VI Lokalisation: _____

□ Homogenisierung Gewebeprobe für Kultur auf Tuberkulosebakterien / atypische Mykobakterien (keine Abstriche!)#

TB I Lokalisation: _____

TB II Lokalisation: _____

TB III Lokalisation: _____

□ Sonikation zementierte Teile 1 Lokalisation: _____

□ Sonikation mobile Teile 2 Lokalisation: _____

Wenn für Tuberkulose Gewebeproben gewonnen werden, wird die Sonikation automatisch auch dieser Untersuchung zugeführt.

Untersuchung im Akkreditierungsumfang enthalten. Nähere Informationen unter https://hygiene.medunigraz.at/diagnostik.

Datum (TTMMJJ): ___/___/___
Unterschrift und Name (in Blockschrift) Name der*des anfordernden Ärztin*Arztes:_____

Med Uni Graz *Pioneering Minds*

Diagnostik & Forschungsinstitut für Hygiene, Mikrobiologie und Umweltmedizin
Vorstand: Univ. Prof. Dr. Ivo Steinmetz
Neue Stiftingtalstraße 6, 8010 Graz

AMBULANZ-/STATIONSSCHEIN ORTHOPÄDIE/TRAUMATOLOGIE

Tel.: 0316/385-73701

Familienname: _____

Vorname: _____

Geb.-Datum (TTMMJJ): ____/____/____ Geschlecht: □ m □ w □ d

Krankenkasse: _____ SV-Nr.: _____

□ stationär □ ambulant □ privat □ Grav. / SSW:___
□ immunsupprimiert

Einsender*in mit Telefonnummer:

Ggf. Adresse für Privatrechnung:
_____
_____

Bitte Barcode freilassen!

Abnahmedatum (TTMMJJ): ___/___/___/ **Uhrzeit (HHMM):** ___/___

Im niedergelassenen und im ambulanten Klinikbereich bitte immer Überweisungsschein mitsenden!
o: Diese Nachweise sind im niedergelassenen Bereich nicht über die Kasse verrechenbar!

Klinische Diagnose: _____ Fragestellung: _____

Antibiotikatherapie mit: _____ seit: _____

PROBENMATERIAL

UROGENITALES MATERIAL

HARN
- □ Mittelstrahlharn
- □ Einmalkatheterharn
- □ Dauerkatheterharn
- □ Sackerlharn
- □ Nephrostomieharn
- □ Uricult (Mittelstrahlharn)
- □ Uricult (Katheterharn)

ABSTRICH / EJAKULAT
- □ Vagina
- o Vagina (für GBS-Screening)
- □ Cervix
- o Cervix (für GBS-Screening)
- □ Penis
- □ Urethra
- □ Ejakulat

PRIMÄR STERILES MATERIAL
- □ Blutkultur aerob
- □ Blutkultur anaerob
- □ Blutkultur Pilzflasche
- □ Liquor (nativ)
- □ Liquor (in BK-Flasche)
- □ Punktat (nativ)
- □ Punktat (in BK-Flasche)
- □ Biopsie / Gewebe
- □ Katheterspitze

RESPIRATORISCHES MATERIAL
- □ Sputum
- □ induziertes Sputum
- □ Trachealsekret
- □ Bronchialsekret
- □ BAL

ABSTRICH

HALS / NASE / OHR
- □ Rachen
- □ Nasopharynx
- □ Tonsille
- □ Mundhöhle
- □ Nase
- □ Nase (bei Sinusitis)
- □ Nasennebenhöhle
- □ äußeres Ohr / Gehörgang
- □ Ohr (bei V.a. Otitis media)

HAUT / SCHLEIMHAUT
- □ Haut
- □ Bindehaut
- □ anal
- □ rektal

WUNDABSTRICH

OBERFLÄCHLICH
- □ Ulcus / chronische Wunde
- □ Decubitus
- □ akute Verletzung
- □ Brandwunde
- □ Einstichstelle
- □ Impetigo
- □ Redon
- □ Narbe / Wundheilungsstörung

TIEF / INVASIV
- □ Abszess
- □ intraoperativ
- □ Wunde (bei Gasbrand / nekrot. Fasziitis)
- □ Wunde

□ STUHL

Lokalisation / Beschreibung: _____

NACHWEISVERFAHREN

KULTUR
- □ Kultur auf Bakterien
- □ Kultur auf Pilze
- □ Kultur auf Bakterien bei CF
- □ Kultur auf Mykobakterien (inkl. *M. tuberculosis*)#
- □ Kultur auf *Helicobacter pylori* (spezielles Transportmedium!)
- □ Kultur auf genitale Mykoplasmen (*M. hominis*, *Ureaplasma* spp.) (spezielles Transportmedium!)

KULTURELLES SCREENING
- o ESBL / MRGN
- o MRSA
- o VRE

STUHLDIAGNOSTIK
- □ bakterielle Durchfallerreger (PCR# und ggf. Kultur)
  Campylobacter coli / jejuni, *Salmonella*, *Shigella*, EIEC, STEC / EHEC
- o bakterielle Durchfallerreger erweitert (PCR# und ggf. Kultur)
  zusätzlich: *Yersinia enterocolitica*, *Plesiomonas shigelloides*, ETEC, *Vibrio* spp.
- □ Kultur auf *Clostridioides difficile* (inkl. Toxin)
- □ Überwachungskultur (bei Intensivpatient*innen)
- □ Kultur auf Yersinien
- □ Kultur auf Listerien
- o PCR auf *Clostridioides difficile* Toxin-Gen#
- o parasitäre Durchfallerreger (PCR#)
  Cryptosporidium, *Entamoeba histolytica*, *Giardia intestinalis [lamblia]*
- o *Helicobacter pylori*-Antigen

#Untersuchung im Akkreditierungsumfang enthalten. Nähere Informationen unter https://hygiene.medunigraz.at/diagnostik

Datum (TTMMJJ): ___/___/___

Unterschrift und Name (in Blockschrift) der*des anfordernden Ärztin*Arztes _____