

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

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

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.

Datum (TTMMJJ): ____/____/____


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

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: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d 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*in mit Telefonnummer/Fax: _____ <div style="text-align: right; font-size: small; color: red; transform: rotate(90deg);">Bitte Barcode freilassen!</div> 
--	---

Abnahmedatum (TTMMJJ): ____/____/____/

Uhrzeit (HHMM): ____/____

Im niedergelassenen und im ambulanten Klinikbereich bitte immer Überweisungsschein mitsenden!

Klinische Diagnose: _____ **Einsendegrund:** _____

Antibiotikatherapie mit: _____ **seit:** _____

Besondere Fragestellung: _____

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
(Salmonella, Campylobacter etc.) | <input type="checkbox"/> Stuhl/CD Toxin
(Clostridioides 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 _____ | |
| <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 BK-Flasche) von _____ | |
| <input type="checkbox"/> Wundabstrich von
Lokalisation, Körperstelle _____ | | | <input type="checkbox"/> Punktat (nativ) von _____ | |
| <input type="checkbox"/> Redonabstrich 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"/> Clostridioides 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 * | |

Datum (TTMMJJ): ____/____/____

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

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