

## D&F Institut für Hygiene, Mikrobiologie und Umweltmedizin

Vorstand: Univ. Prof. Dr. Ivo Steinmetz  
Neue Stiftingtalstraße 6, 8010 Graz

## SPEZIALPROBEN ORTHOPÄDIE

Tel.: 0316/385-73730

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

bitte umblättern!

## D&F Institut für Hygiene, Mikrobiologie und Umweltmedizin

Vorstand: Univ. Prof. Dr. Ivo Steinmetz  
Neue Stiftingtalstraße 6, 8010 Graz

### WEITERE MATERIALIEN:

- |   |  |  |   |  |
|---|--|--|---|--|
| <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<br>(Salmonella, Campylobacter etc.) | <input type="checkbox"/> Stuhl/CD<br>(Clostridium difficile) | <input type="checkbox"/> Stuhl/Listerien | <input type="checkbox"/> Stuhl Überwachung<br>(bei Intensivpatienten) | <input type="checkbox"/> Stuhl/Screening<br>(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<br>Lokalisation, 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*   | <input type="checkbox"/> Besondere Fragestellung: _____        |   |
| <input type="checkbox"/> Cryptokokken-AG (aus Liquor, Blut)   |  |   |
| <input type="checkbox"/> Genitale Mycoplasmen-Kultur (M. hominis, U. urealyticum) (Spezielles Transportmedium!) |  |   |
| <b>Antigennachweise</b> (siehe auch Einsendeschein Infektionsserologie)   |  |   |
| <input type="checkbox"/> Helicobacter pylori-Kultur (Spezielles Transportmedium!)                               | <input type="checkbox"/> Helicobacter pylori - AG (aus Stuhl)* |   |

### CF-PATIENTEN/INNEN

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

### MOLEKULARE NACHWEISVERFAHREN (PCR)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Screening auf MRSA/ S. aureus* | <input type="checkbox"/> Clostridium difficile Toxin* |
|---|---|

Datum (TTMMJJ): \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

Unterschrift und Name (in Blockschrift) der/des anfordernden Ärztin/Arztes: \_\_\_\_\_

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