

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|--|--|-----|----|-----|----|---|----|---|------|------|-----|-----|----|----|---|----|----|----|------|---|----|--|--|--|--|--|--|
| nur | | | HEA | E1 | GDH | WE | P | SP | A | ESBL | MRSA | VRE | CRA | CT | GA | G | GO | CA | CD | HEPY | Y | YK | | | | | | |
|-----|--|--|-----|----|-----|----|---|----|---|------|------|-----|-----|----|----|---|----|----|----|------|---|----|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | |
|---|-----|----|------|---|-----|
| A | AOP | FL | FLOP | W | WOP |
|---|-----|----|------|---|-----|

Patientenetikett

Barcode-Etikett
(bitte unbedingt aufkleben!)

Diagnose/Anlaß der Untersuchung:

Entnahme am: _____ um: _____

Vorbehandelt nein ja, mit: _____

Immunsuppression ja nein Schwangerschaft ja nein SSW _____

Einsender: _____ Funk: _____

Dr. _____ Tel.: _____

Stationsangabe _____ Datum: _____ Arztunterschrift _____

Max von Pettenkofer-Institut
für Hygiene und Medizinische Mikrobiologie
der Ludwig-Maximilians-Universität München

Außenstelle Klinikum Großhadern, Medizinische Mikrobiologie
Marchioninstraße 17, 81377 München, Tel.: 0 89 / 21 80-78 204, RP: 5200

Begleitschein
für bakteriologische Untersuchungen

Diensthandy: 0171 / 4 22 60 26



- | | | |
|---|---|---|
| Respirationstrakt | Abstrich | Katheterspitze |
| <input type="checkbox"/> Sputum | <input type="checkbox"/> Rachen | <input type="checkbox"/> art. <input type="checkbox"/> ven. |
| <input type="checkbox"/> endotracheale Absaugung | <input type="checkbox"/> Nase | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> bronchoalveoläre Lavage | <input type="checkbox"/> Ohr | <input type="checkbox"/> Blutkultur |
| Urin | <input type="checkbox"/> Auge | <input type="checkbox"/> Liquor |
| <input type="checkbox"/> Mittelstrahl | <input type="checkbox"/> Urethra | <input type="checkbox"/> Punktat |
| <input type="checkbox"/> Einmalkatheter | <input type="checkbox"/> Vagina | <input type="checkbox"/> Galle |
| <input type="checkbox"/> Dauerkatheter | <input type="checkbox"/> Cervix | <input type="checkbox"/> Stuhl |
| <input type="checkbox"/> Blasenpunktion | <input type="checkbox"/> andere / Herkunft: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Punktat | <input type="checkbox"/> Wunde / Herkunft: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Biopsie / Herkunft: _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Materialien: _____ | | |

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Entzündungs- und Eitererreger | <input type="checkbox"/> Stuhlagnostik (inkl. C. diff) |
| <input type="checkbox"/> Anaerobier | <input type="checkbox"/> Clostridium difficile |
| <input type="checkbox"/> Candida <input type="checkbox"/> Aspergillus | <input type="checkbox"/> Wurmeier/Amöben/Lamblien |
| <input type="checkbox"/> GBS (Frauenklinik) | <input type="checkbox"/> Helicobacter pylori |
| Screening | <input type="checkbox"/> Tbc/Mykobakterien <input type="checkbox"/> TBC-PCR |
| <input type="checkbox"/> 2 MRGN (NeoPäd) MRSA | <input type="checkbox"/> Gonokokken |
| <input type="checkbox"/> 3 MRGN <input type="checkbox"/> nur Kultur | <input type="checkbox"/> Mykoplasmen/Ureapl. |
| <input type="checkbox"/> 4 MRGN <input type="checkbox"/> nur PCR | <input type="checkbox"/> Chlamydien <input type="checkbox"/> Legionellen |
| <input type="checkbox"/> VRE (Schnelltest) | <input type="checkbox"/> CF-Labor |
| <input type="checkbox"/> LRSE <input type="checkbox"/> Kultur+PCR | |
- Sonstiges: _____

