

**Bitte für jedes Material einen Einsendeschein ausfüllen!**

|   |  |  |
|---|--|--|
| <h1 style="color: red;">Patient</h1> <p style="color: red;">(Bitte großes Patienten-Etikett benutzen!)</p>  | <b>Geschlecht:</b><br><input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich<br><b>Behandlung:</b><br><input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär<br><input type="checkbox"/> vor-/nachstationär<br><b>Berechnung:</b><br><input type="checkbox"/> Privatpatient (WLA)<br><input type="checkbox"/> BG-Fall<br><input type="checkbox"/> Kasse /Überweisung<br><small>Bitte bei amb. Kassenpatienten ggf. ICD-10 angeben, s. Hinweis bei der Auswahl v. Untersuchungsaufträgen</small> | <b>Einsender (bitte leserlich; ggf Stempel):</b><br>→ Krh. (Kürzel)                      → Station / Poliklinik (Kürzel)<br><div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px; display: inline-block;"></div><br>MHH Kostenstelle, falls nicht durch Stationsangabe gegeben: .....<br><b>Anderer Einsender:</b><br><br>Unterschrift.....<br>Telefon: ..... |
| <b>Entnahmedatum</b> <b>Zeit</b><br><div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div> | <b>Klinische Angaben:</b> <input type="checkbox"/> CF <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> KMTX <input type="checkbox"/> NTX<br><input type="checkbox"/> LeTX <input type="checkbox"/> LuTX <input type="checkbox"/> HTX <input type="checkbox"/> Bronchiectasie <input type="checkbox"/> Endokarditis  | <b>ICD-10-Code:</b> <b>Weitere klinische Angaben:</b> <b>Antibiotikatherapie</b>   |

**Untersuchungsmaterial: \* bitte genauen Entnahmestort / Materialart unten angeben!**

|  |   |   |  |  |
|--|---|---|--|--|
| <b>Blut / Liquor:</b><br><input type="checkbox"/> Liquor<br>Blutkulturen: <input type="checkbox"/> aerob<br><input type="checkbox"/> anaerob<br><input type="checkbox"/> Mykobakt.<br><input type="checkbox"/> Vollblut / Serum<br><input type="checkbox"/> EDTA-Blut<br><b>Knochenmark:</b><br><input type="checkbox"/> Aspirat <input type="checkbox"/> Stanze | <b>Respirationstrakt:</b><br>Abstrich von: <input type="checkbox"/> Mund<br><input type="checkbox"/> Rachen <input type="checkbox"/> Nase<br><input type="checkbox"/> Rachen-/Nase-Kombi.<br><input type="checkbox"/> Mundspülflüssigkeit<br><input type="checkbox"/> Sputum<br><input type="checkbox"/> Trachealsekret<br><input type="checkbox"/> BAL<br><input type="checkbox"/> Bronchialsplung<br><input type="checkbox"/> Bronchialsekret | <b>Urin:</b><br><input type="checkbox"/> Mittelstrahlurin (MSU)<br><input type="checkbox"/> Beutel-Urin (Kind)<br><input type="checkbox"/> Dauerkatheterurin<br><input type="checkbox"/> hochwertige Urinprobe<br><input type="checkbox"/> Nierenbeckenpunktat<br><input type="checkbox"/> Conduit-Urin<br><input type="checkbox"/> Urin-Eintauchobjektträger<br><input type="checkbox"/> Erststrahlurin (DNA-Nachw.)<br><b>Urogenitaltrakt</b><br><input type="checkbox"/> Cervix/Portio<br><input type="checkbox"/> Vagina<br><input type="checkbox"/> Urethra<br><input type="checkbox"/> Ejakulat<br><input type="checkbox"/> Exprimat/Exprimaturin | <b>Wundmaterialien / Punktate / Biopsien</b><br>Punktate von <input type="checkbox"/> Abszess<br><input type="checkbox"/> Pleura <input type="checkbox"/> Gelenk<br><input type="checkbox"/> Punktate von *<br><input type="checkbox"/> Ascites<br><input type="checkbox"/> Peritonealdialysat<br><input type="checkbox"/> intra-op. Abstrich *<br><input type="checkbox"/> intra-op. TEP- Material *<br><input type="checkbox"/> Wundabstrich (inklusive Anaerobierdiagnostik) *<br><input type="checkbox"/> Wundabstrich (oberflächlich) *<br><input type="checkbox"/> Drainageflüssigkeit *<br><input type="checkbox"/> Herzklappe<br><input type="checkbox"/> Lymphknoten<br><input type="checkbox"/> Biopsiematerial *<br><input type="checkbox"/> Perfusat | <b>Katheter/Drainagen:</b><br><input type="checkbox"/> Venenkatheter<br><input type="checkbox"/> Arterienkatheter<br><input type="checkbox"/> Drainagespitze *<br><input type="checkbox"/> Ventrikeldrainage<br><input type="checkbox"/> Sonstige Katheter/ Drainagen *<br><input type="checkbox"/> Abstrich von Driveline<br><b>Sonstiges:</b><br><input type="checkbox"/> Präparat<br><input type="checkbox"/> Kontaktlinse<br><input type="checkbox"/> Kontaktlinsenflüssigkeit<br><input type="checkbox"/> Sonstiges bitte unten erläutern * |
| <p style="color: red;">* Weitere Angaben zum Untersuchungsmaterial und/oder zum Untersuchungsauftrag:</p>  |   |   |  |  |

**Untersuchungsauftrag: \* zusätzliche Informationen bzw. andere Untersuchungen oben angeben!**

|  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> <b>Erreger + Resistenz</b><br><input type="checkbox"/> Hefen<br><input type="checkbox"/> Schimmelpilze<br><input type="checkbox"/> TB / Mykobakterien<br><input type="checkbox"/> Direktpräparat<br><input type="checkbox"/> Legionella ICD-10<br><input type="checkbox"/> N. gonorrhoeae<br><input type="checkbox"/> Malaria-Mikroskopie<br><b>Screening Multiresistenz:</b><br><input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> VRE<br><input type="checkbox"/> 3MR-GN und 4MR-GN<br><input type="checkbox"/> 4MR-GN<br><input type="checkbox"/> NEO-Screen<br><input type="checkbox"/> Aufnahmescreening:<br><input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> universell<br><input type="checkbox"/> Serratia <input type="checkbox"/> Candida auris | <b>Gastrointestinaltrakt:</b><br><input type="checkbox"/> Clostr. difficile-Toxin ICD-10<br><input type="checkbox"/> Kolonisationsüberwachung<br><input type="checkbox"/> Helicobacter pylori (Kultur)<br><input type="checkbox"/> Wurmeier/Darmparasiten<br><input type="checkbox"/> Kokzidien (Mikroskopie)<br><b>Antigen-Nachweise:</b><br><input type="checkbox"/> Aspergillus (Galactomannan; BAL/Serum)<br><input type="checkbox"/> Cryptoc. neoformans (Liquor, Serum)<br><input type="checkbox"/> Helicobacter pylori (Stuhl) ICD-10<br><input type="checkbox"/> Legionella (Urin) ICD-10<br><input type="checkbox"/> Str. pneumoniae (Urin) ICD-10 | <b>DNA-Nachweise:</b><br><b>Respiratorische Infektionen:</b><br><input type="checkbox"/> Mycobacterium tuberculosis<br><input type="checkbox"/> Pneumocystis jirovecii<br><input type="checkbox"/> B. pertussis / parapertussis<br><input type="checkbox"/> Atypische Pneumonieerreger:<br>L. pneumophila, M. pneumoniae<br>C. pneumoniae, C. psittaci,<br><b>ZNS Infektionen</b><br><input type="checkbox"/> N. meningitidis, S. pneumoniae,<br>H. influenza<br><input type="checkbox"/> E. coli, Listeria, S. agalactiae<br><input type="checkbox"/> Toxoplasma gondii | <b>Gastrointestinaltrakt:</b><br><input type="checkbox"/> Pathogene Darmbakterien:<br>Salmonella, Shigella / EIEC<br>Campylobacter, EHEC<br>Yersinia enterocolitica<br><input type="checkbox"/> EHEC <input type="checkbox"/> EPEC<br><input type="checkbox"/> Darmprotozoen:<br>Giardia lamblia, Entamoeba histolytica, Cryptosporidium hominis/parvum,<br><b>Urogenitale Infektionen</b><br><input type="checkbox"/> Chlam.trachom./N.gonorrh.<br><input type="checkbox"/> M. genitalium, M. hominis,<br>U. urealyticum, U. parvum |
|--|---|--|--|

**Serologische Untersuchungsaufträge: (Antikörper-Nachweise)**

|   |  |  |
|---|--|--|
| <b>Bakterien:</b><br><input type="checkbox"/> Brucella<br><input type="checkbox"/> B. pertussis ICD-10<br><input type="checkbox"/> Borrelia<br><input type="checkbox"/> Pseudomonas<br><input type="checkbox"/> Salmonella<br><input type="checkbox"/> Yersinia | <input type="checkbox"/> Lues / Syphilis ICD-10 (Treponema pallidum)<br><b>TB: ICD-10</b><br><input type="checkbox"/> IFN-γ-Nachweis (IGRA) (Spezialröhrchen, Tel: 4358) | <b>Parasiten:</b><br><input type="checkbox"/> Echinococcus<br><input type="checkbox"/> Toxoplasma gondii |
|---|--|--|