



Patientendaten		Einsender, Auftraggeber	
Praxisinterne Patienten-Nummer ▶			
<input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Vater/Mutter			
Name			
Vorname			
Strasse			
PLZ/Ort			
Geburts-Datum	Frühere / letzte Bef.-Nr.	Behandelnder Arzt:	
		Telefon-Nr. direkt / intern:	

Klinische Angaben	Bearbeitung	Rechnung an
Erkrankungsbeginn Entnahmedatum: _____ Zeit: _____ <input type="checkbox"/> Schwangerschaft <input type="checkbox"/> Antibiotika vor Entn. <input type="checkbox"/> Antibiotika nach Entn. <input type="checkbox"/> V. a. Protheseninfekt <input type="checkbox"/> Immunsuppression <input type="checkbox"/> Kontrolle nach Therapie Klinische Fragestellung: _____	<input type="checkbox"/> Notfall bis: <input type="checkbox"/> Tel. Bericht: <input type="checkbox"/> Befundkopie an: Fax-Nr. oder genaue Postadresse: _____	Krankenkasse: Unfallvers.: Mitglied-Nr.: AHV/V-Nr.: <input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Einsender <input type="checkbox"/> sofort <input type="checkbox"/> mit Beleg sofort <input type="checkbox"/> monatlich <input type="checkbox"/> NPL: Nicht-pflichtleistung <input type="checkbox"/> Andere Rechnungsempfänger:

Zum Markieren keine Filzstifte verwenden!

Mikrobiologie · Parasitologie Resistenzprüfung je nach Art und Bedeutung der Isolate

Abstriche eSwab <input type="checkbox"/> Rachen <input type="checkbox"/> Konjunktiva <input type="checkbox"/> Vagina <input type="checkbox"/> Tonsillen <input type="checkbox"/> Ohr (Otitis med.) <input type="checkbox"/> Cervix <input type="checkbox"/> Nase <input type="checkbox"/> Ohr (Otitis ext.) <input type="checkbox"/> Vag./CK <input type="checkbox"/> Zunge <input type="checkbox"/> Sinus <input type="checkbox"/> Urethra <input type="checkbox"/> Andere: _____ <input type="checkbox"/> Penis <input type="checkbox"/> Ejakulat <input type="checkbox"/> Prostataexprimat <input type="checkbox"/> anal Wundabstriche <input type="checkbox"/> oberflächlich <input type="checkbox"/> tief <input type="checkbox"/> Eiter <input type="checkbox"/> Schleimhaut <input type="checkbox"/> Haut Lokalisation: Bitte immer angeben!	Stuhl <input type="checkbox"/> fecalSwab 1 <input type="checkbox"/> fecalSwab 2 <input type="checkbox"/> fecalSwab 3 <input type="checkbox"/> Nativstuhl 1 <input type="checkbox"/> Nativstuhl 2 <input type="checkbox"/> Nativstuhl 3 Allg. Stuhl bakteriologie fecalSwab Salmonellen, Shigellen, Campylobacter, Yersinien <input type="checkbox"/> Campylobacter fecalSwab <input type="checkbox"/> Salmonellen fecalSwab <input type="checkbox"/> Shigellen fecalSwab <input type="checkbox"/> Yersinien fecalSwab Stuhl bakt. mit Reiseanamnese fecalSwab zusätzlich ETEC, Aeromonas/Plesiomonas, Vibrio <input type="checkbox"/> <i>Vibrio cholerae</i> fecalSwab Darmpathogene E. coli (PCR): fecalSwab <input type="checkbox"/> ETEC fecalSwab <input type="checkbox"/> EHEC/EPEC/EIEC/EAEC fecalSwab Gastrointestinale Panels (PCR) fecalSwab <input type="checkbox"/> Gastro-Panel Bakterien <input type="checkbox"/> Gastro-Panel Viren <input type="checkbox"/> Gastro-Panel Parasiten <input type="checkbox"/> Enteroviren (Cox./Echo/Polio; PCR) fecalSwab <input type="checkbox"/> Noroviren (PCR) fecalSwab <input type="checkbox"/> Rotavirus (PCR) <input type="checkbox"/> Antigen Nativstuhl <input type="checkbox"/> Adenovirus (PCR) <input type="checkbox"/> Antigen Nativstuhl <input type="checkbox"/> Helicobacter pylori (PCR) Nativstuhl oder Biopsie <input type="checkbox"/> Ag Nativstuhl <input type="checkbox"/> Clostridium difficile (Kultur und Toxin) Nativstuhl <input type="checkbox"/> Candida fecalSwab	Urin <input type="checkbox"/> Nährbodenträger (Uricult/Urotube/Medica-Tube) <input type="checkbox"/> unbebrütet <input type="checkbox"/> bebrütet <input type="checkbox"/> unbrütet UriSwab <input type="checkbox"/> Nativurin <input type="checkbox"/> Vacutainer grün (Borsäure) <input type="checkbox"/> Vacutainer braun (nativ) <input type="checkbox"/> Mittelstrahl UriSwab <input type="checkbox"/> 1. Portion UriSwab <input type="checkbox"/> Einmalkatheter UriSwab (für Chlamydien, GO, <input type="checkbox"/> Dauerkatheter UriSwab Myco/Ureaplasmen) Allg. Bakteriologie UriSwab <input type="checkbox"/> Urin-Status 10 ml Nativurin/Vacutainer braun falls Teststreifen auffällig erfolgt Mikroskopie inkl. glomeruläre Erythrozyten und Bakterienkultur <input type="checkbox"/> Candida UriSwab <input type="checkbox"/> Pneumokokken Antigen UriSwab <input type="checkbox"/> Legionella Antigen UriSwab <input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis (PCR) UriSwab <input type="checkbox"/> N. gonorrhoeae (PCR) UriSwab <input type="checkbox"/> Mycoplasma/Ureaplasma (PCR) UriSwab <input type="checkbox"/> Trichomonas vaginalis (PCR) (NPL) UriSwab Mykobakterien im Morgenurin (M. tbc und NTM) 50 ml Morgenurin an drei Tagen einzeln und sofort einsenden <input type="checkbox"/> 1. Probe <input type="checkbox"/> 2. Probe <input type="checkbox"/> 3. Probe Respiratorisches Sekret (nativ 5–10 ml in 50 ml Röhrcchen) <input type="checkbox"/> Sputum <input type="checkbox"/> Andere: <input type="checkbox"/> Bronchialsekret <input type="checkbox"/> Bronchoalveoläre <input type="checkbox"/> Trachealsekret Lavage (BAL) Allgemeine Bakteriologie <input type="checkbox"/> Legionella Ag und Pneumokokken Ag siehe Urin <input type="checkbox"/> Candida und Aspergillus <input type="checkbox"/> Pneumocystis carinii/jirovecii Mykobakterien im Morgensputum (5–10 ml) (M. tbc und NTM) Morgensputum an drei Tagen einzeln und sofort einsenden <input type="checkbox"/> 1. Probe <input type="checkbox"/> 2. Probe <input type="checkbox"/> 3. Probe (Bitte separate Röhrcchen für Tbc und Bakt.) <input type="checkbox"/> M. tbc-Komplex (PCR) zusätzlich zur Kultur
Punktate, Gewebe, Spülflüssigkeit <input type="checkbox"/> Synovia <input type="checkbox"/> Bursa <input type="checkbox"/> Fruchtwasser <input type="checkbox"/> Dialysat <input type="checkbox"/> Pleura <input type="checkbox"/> Prozena <input type="checkbox"/> Liquor <input type="checkbox"/> Spous <input type="checkbox"/> iv-Katheter <input type="checkbox"/> Aszites <input type="checkbox"/> Eiter <input type="checkbox"/> Peritonillärsabszess <input type="checkbox"/> Douglas <input type="checkbox"/> Mamma <input type="checkbox"/> Duodenalflüssigkeit <input type="checkbox"/> Allgemeine Bakteriologie nativ <input type="checkbox"/> Mykobakterien (M. tbc und NTM) nativ <input type="checkbox"/> Actinomyces/Nocardia nativ <input type="checkbox"/> Borrelia burgdorferi (PCR; Liquor/Synovia) nativ <input type="checkbox"/> Enteroviren (Cox./Echo/Polio; PCR) (Liquor) <input type="checkbox"/> Parvovirus B19 (PCR) nativ <input type="checkbox"/> Mycoplasma/Ureaplasma (PCR) nativ <input type="checkbox"/> CMV (PCR) (Liquor) <input type="checkbox"/> EBV (PCR) (Liquor) <input type="checkbox"/> FSME (PCR) (Liquor) <input type="checkbox"/> HSV 1/2 (PCR) (Liquor) <input type="checkbox"/> VZV (PCR) (Liquor) <input type="checkbox"/> Eubakterielle <input type="checkbox"/> Punktabblock (CRP, Eiweiss, Harnsäure, Glukose, Rheumafakt., Kristalle) nativ <input type="checkbox"/> Punktat: Zellzahl + Differenzierung EDTA	Parasitologie <input type="checkbox"/> SAF 1 <input type="checkbox"/> SAF 2 <input type="checkbox"/> SAF 3 <input type="checkbox"/> Nativstuhl 1 <input type="checkbox"/> Nativstuhl 2 <input type="checkbox"/> Nativstuhl 3 Allg. Endoparasiten SAF und Nativstuhl Protozoen (Amöben, Lamblia, Blastocystis) SAF <input type="checkbox"/> Helmintheneier/Wurmlarven SAF und Nativstuhl <input type="checkbox"/> Giardia lamblia Antigen SAF <input type="checkbox"/> Cryptosporidien Antigen SAF <input type="checkbox"/> Larvenkultur (Strongyloides) Nativstuhl 10–20 g <input type="checkbox"/> Endoparasiten (abgegang. Material) Nativstuhl <input type="checkbox"/> Enterobius-Eier / Oxyuren Anal-Abklatsch (Objektträger) m. transpar. Klebestreifen <input type="checkbox"/> Entamoeba histol. (PCR) fecalSwab <input type="checkbox"/> Parasiten-Panel (PCR) fecalSwab Diverse Analysen <input type="checkbox"/> Calprotectin Nativstuhl <input type="checkbox"/> Pankreas-Elastase Nativstuhl <input type="checkbox"/> Occultes Blut (qFIT: GOLD®) Nativstuhl <input type="checkbox"/> 1. Probe <input type="checkbox"/> 2. Probe <input type="checkbox"/> 3. Probe	Blutkultur (mindestens 2 Pärchen) BK-Set <input type="checkbox"/> 1. Entnahme Datum: _____ Zeit: _____ <input type="checkbox"/> 2. Entnahme Datum: _____ Zeit: _____ <input type="checkbox"/> 3. Entnahme Datum: _____ Zeit: _____ Dermatophyten (in steril. Röhrcchen oder Dermapak) <input type="checkbox"/> Nagelgeschabse <input type="checkbox"/> Haarwurzeln <input type="checkbox"/> Hautschuppen <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ektoparasiten (Milben etc.) (nativ in steril. Röhrcchen)

Bitte auf dieser Seite nichts ausfüllen.

Kultur:

Mikroskopie	
im Block	einzeln erfasst
LEUK	GPKK
EPIT	GPKH
HEFE	GPKD
GARDMO	GPS
CLUE	GNKD
GNS	MO
DOED	DETR
GPK	ERYT
	SPPIH

Kultur/Bemerkung			REFO	DIFO	AEVK	AETI	URESCO	URKLEB
KZU	U	Keimzahl	Keim 1	Menge !	Keim 2	Menge !	UDAN	Menge
BAKT	NN		BSTR	Gr. Menge !				
OMISCH	Menge		NORA	Menge	BSTRE	NN	BWAE	NN
NOHA	Menge		NONA	Menge	ANMF	Menge	BWANA	NN

GEKUA vaginal/zervikal		
VAGS	Gr.	Menge !
CASP	Menge !	NN
GAVA	Menge !	NN
VALA	Menge	NN

UREKU Urethra		
HAESP	Menge !	BLA -/+
NOUR	Menge	

EIKU Ejakulat		
GAURM	Menge	
HAESP	Menge	BLA -/+
NOUR		

Medien		Tag 1 Datum/Visum	Tag 2 Datum/Visum	Tag 3 Datum/Visum
Stuhl	Allg.			
H	Thio			
SM2	SBA			
CIN	CNA			
C	MAC			
TCBS	MAC			
MAC	CPS/SAB			
CLO	GBS			
CAN2	CRO/KBA			
	SCS			
	NV			
	VCA			

Urinsediment	
Leuk	
Ery	
Dys. Ery	
Akant. Ery	
Plattenepi	
Rundepi	
Bakterien	
Zylinder	
Kristalle	

STIX

Clostridium difficile	
Tox. Dir.	
GDH-AG	
Kultur	
Tox. Kult.	
CDITP CDITN CDIOTN	

Stuhlbakterien	
Campylobacter	
Salmonella	
Shigella	
Yersinia	
Aeromonas	
Plesiom. shigel.	
Vibrio	

Parasiten/Würmer	
E. hist./disp.	
Lamblien	
Blastocystis	
andere Prot.	
Helminthen	
Enterobius	

Sporestrip **STER**

KUNST