



**PATIENTENDATEN**

**EINSENDER**

Entnahmedatum: \_\_\_\_\_ Entnahmeuhrzeit: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

**MATERIALIEN:**

<p><b>BLUT</b></p> <input type="checkbox"/> Blutkultur aerob <input type="checkbox"/> Blutkultur anaerob <input type="checkbox"/> Blutkultur Pilze <input type="checkbox"/> Blutkultur Peds <input type="checkbox"/> Blutkultur Mykobakterien <input type="checkbox"/> Venenkatheter/-Spitze <input type="checkbox"/> Serum <input type="checkbox"/> EDTA-Blut <input type="checkbox"/> sonstiges: _____ <input type="checkbox"/> peripher <input type="checkbox"/> zentral <input type="checkbox"/>	<p><b>ABSTRICH</b></p> <input type="checkbox"/> Bindehaut <input type="checkbox"/> Haut Lokalisation: _____ <input type="checkbox"/> Nase <input type="checkbox"/> Ohr <input type="checkbox"/> Rachen <input type="checkbox"/> Rektal/Anal <input type="checkbox"/> Urethral <input type="checkbox"/> Vaginal <input type="checkbox"/> Vaginal/Rektal <input type="checkbox"/> Wunde oberflächlich Lokalisation: _____ <input type="checkbox"/> Wunde intraoperativ Lokalisation: _____ <input type="checkbox"/> sonstiges: _____
<p><b>PRIMÄR STERIL</b></p> <input type="checkbox"/> Aszites <input type="checkbox"/> Dialysat <input type="checkbox"/> Gelenkpunktat <input type="checkbox"/> Gewebe / Biopsie Lokalisation: _____ <input type="checkbox"/> Liquor: <input type="checkbox"/> Lumbalpunkt. <input type="checkbox"/> Shunt	<p><b>ATEMWEGE</b></p> <input type="checkbox"/> BAL <input type="checkbox"/> Bronchialaspirat <input type="checkbox"/> Sputum <input type="checkbox"/> Trachealsekret <input type="checkbox"/> Tubus
<p><b>HARNWEGE</b></p> <input type="checkbox"/> Blasenpunktionsurin <input type="checkbox"/> Erststrahlurin <input type="checkbox"/> Mittelstrahlurin <input type="checkbox"/> Katheterurin (Dauerkatheter) <input type="checkbox"/> Katheterurin (Einmalkatheter)	<p><b>SONSTIGES</b></p> <input type="checkbox"/> Galle <input type="checkbox"/> Magenaspirat <input type="checkbox"/> Mekonium <input type="checkbox"/> Muttermilch <input type="checkbox"/> Stuhl <input type="checkbox"/> Abklatschplatte <input type="checkbox"/> Sedimentationsplatte <input type="checkbox"/> Sporentest Autoklav <input type="checkbox"/> Wasser <input type="checkbox"/> _____
<p><b>RISIKOFAKTOREN</b></p> <input type="checkbox"/> Auslandsaufenthalt <input type="checkbox"/> Immunsuppression, HIV <input type="checkbox"/> Schwangerschaft <input type="checkbox"/> MSM <input type="checkbox"/> sonstiges: _____	<p><b>VERDACHTSDIAGNOSE / WEITERE ANGABEN:</b></p>

**UNTERSUCHUNGEN:**

ALLGEMEINE BAKTERIOLOGISCHE UNTERSUCHUNG	ATEMWEGS- INFEKTIONEN <small>(PCR, AG-NACHWEIS)</small>	STUHLDIAGNOSTIK <small>(PCR, AG-NACHWEIS, ggf. Kultur)</small>	UROGENITALE INFEKTIONEN <small>(PCR)</small>	TUBERKULOSE / MYKOBAKTERIEN
<input type="checkbox"/> Erreger und Resistenz <input type="checkbox"/> Pilze, ggf. Antimykogramm nur für primär sterile Materialien: <input type="checkbox"/> Bakterien-PCR <input type="checkbox"/> Pilz-PCR <input type="checkbox"/> Sonikation von orthopädischen Implantaten (nur nach telef. Rücksprache)	<input type="checkbox"/> ambulant erworbene Pneumonie PCR (S. <i>pneumoniae</i> , <i>H. influenzae</i> , <i>M.</i> <i>catarrhalis</i> , <i>C. pneumoniae</i> , <i>M.</i> <i>pneumoniae</i> , <i>L. pneumophila</i> , <i>B. pertussis</i> , <i>B. parapert.</i> ) <input type="checkbox"/> <i>Pneumocystis jirovecii</i> PCR <input type="checkbox"/> Pneumokokken-AG (Urin) <input type="checkbox"/> Legionellen-AG (Urin)	<input type="checkbox"/> pathogene Darmbakterien (PCR: <i>Salmonella</i> , <i>Shigella</i> , <i>Campylobacter</i> , EHEC, ETEC, <i>Yersinia</i> sp., <i>Plesiomonas</i> , <i>Vibrio</i> sp.; ggf. Kultur) <input type="checkbox"/> <i>Clostridioides difficile</i> (Antigen / PCR) <input type="checkbox"/> EHEC/EPEC (PCR aus Kultur)	<input type="checkbox"/> PCR 1 ( <i>C. trachomatis</i> , <i>N.</i> <i>gonorrhoeae</i> , <i>T. vaginalis</i> ) <input type="checkbox"/> PCR 2 ( <i>M. hominis</i> , <i>M.</i> <i>genitalium</i> , <i>U. urealyticum</i> , <i>U.</i> <i>parvum</i> )	<input type="checkbox"/> TB-Direkt-PCR <input type="checkbox"/> PCR Mycobakterien allgemein <input type="checkbox"/> TB-Kultur mit Mikroskopie, ggf. Resistenzbestimmung <input type="checkbox"/> NTM-Kultur mit Mikroskopie, ggf. Resistenzbestimmung
<p><b>SCREENING- UNTERSUCHUNG</b> <small>(KULTUR, GGF. PCR)</small></p> <input type="checkbox"/> MRSA (Kultur) <input type="checkbox"/> MRSA-Schnelltest (PCR + Kultur) <input type="checkbox"/> VRE-Screening (Kultur) <input type="checkbox"/> MRGN Screening (Kultur) <input type="checkbox"/> <i>Streptococcus agalactiae</i> (Schwangerschaft)			<p><b>ZNS-INFEKTIONEN</b></p> <input type="checkbox"/> bakterielle Meningitis PCR ( <i>N.</i> <i>meningitidis</i> , <i>H. influenzae</i> , <i>S.</i> <i>pneumoniae</i> , <i>E. coli</i> , <i>S.</i> <i>agalactiae</i> , <i>L. monocytogenes</i> )	
<p><b>SEROLOGIE</b> <small>(ENZYMIMMUNOASSAY/IMMUNOBLOT/IFT/ICT)</small></p> <input type="checkbox"/> Aspergillus (AG) <input type="checkbox"/> <i>Bartonella henselae</i> (AK) <input type="checkbox"/> <i>Bartonella quintana</i> (AK) <input type="checkbox"/> <i>Bordetella pertussis</i> Toxin (AK) <input type="checkbox"/> Borrelia (AK) <input type="checkbox"/> <i>Brucella</i> spp. (AK) <input type="checkbox"/> Candida (AG) <input type="checkbox"/> <i>Chlamydia trachomatis</i> (AK) <input type="checkbox"/> <i>Coxiella burnetii</i> (AK)	<input type="checkbox"/> Cryptococcus (AG) <input type="checkbox"/> <i>Echinococcus</i> spp. (AK) <input type="checkbox"/> <i>Francisella tularensis</i> (AK) <input type="checkbox"/> Leishmania (AK) <input type="checkbox"/> <i>Mycoplasma pneumoniae</i> (AK) <input type="checkbox"/> <i>Salmonella</i> spp. (AK) <input type="checkbox"/> <i>Toxoplasma gondii</i> (AK) <input type="checkbox"/> <i>Treponema pallidum</i> (AK) <input type="checkbox"/> <i>Yersinia</i> spp. (AK)	<p><b>PARASITEN</b> <small>(MIKROSKOPIE, AG-NACHWEIS, PCR)</small></p> <input type="checkbox"/> Mikroskopie intestinale Parasiten <input type="checkbox"/> intestinale Protozoen PCR (Entamoeba, Cryptosp., Giardia) <input type="checkbox"/> Oxyuren (Mikroskopie) <input type="checkbox"/> Malaria / Blutparasiten (Mikroskopie / Antigen / PCR)	<p><b>SONSTIGES</b></p> <input type="checkbox"/> <i>Chlamydia trachomatis</i> PCR (aus Bindehautabstrich) <input type="checkbox"/> Dermatophyten (Nagel, Haut etc.) <input type="checkbox"/> <i>Helicobacter pylori</i> (Kultur / PCR) <input type="checkbox"/> <i>Helicobacter pylori</i> (Antigen) <input type="checkbox"/> Sterilitätstestung <input type="checkbox"/> _____	