

Bitte für jedes Material einen Einsendeschein ausfüllen!

<h1 style="color: red;">Patient</h1> <p style="color: red;">(Bitte großes Patienten-Etikett benutzen!)</p>	Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich Behandlung: <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> vor-/nachstationär Berechnung: <input type="checkbox"/> Privatpatient (WLA) <input type="checkbox"/> BG-Fall <input type="checkbox"/> Kasse /Überweisung <small>Bitte bei amb. Kassenspatienten ggf. ICD-10 angeben, s. Hinweis bei der Auswahl v. Untersuchungsaufträgen</small>	Einsender (bitte leserlich; ggf Stempel): → Krh. (Kürzel) → Station / Poliklinik (Kürzel) <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 200px; height: 20px; display: inline-block;"></div> MHH Kostenstelle, falls nicht durch Stationsangabe gegeben: Anderer Einsender: Unterschrift..... Telefon:
Entnahmedatum Zeit <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; display: inline-block;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; display: inline-block;"></div>	Klinische Angaben: <input type="checkbox"/> CF <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> KMTX <input type="checkbox"/> NTX <input type="checkbox"/> LeTX <input type="checkbox"/> LuTX <input type="checkbox"/> HTX <input type="checkbox"/> Bronchiectasie <input type="checkbox"/> Endokarditis	ICD-10-Code: Weitere klinische Angaben: Antibiotiktherapie

Untersuchungsmaterial: * bitte genauen Entnahmestort / Materialart unten angeben!

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

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

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

Serologische Untersuchungsaufträge: (Antikörper-Nachweise)

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