

Name, Vorname des Versicherten
geb. am
PAT-ID
Datum

stationär:
 Rechnung an Klinik (Regelleistungspatient)
 Rechnung an Patient (Wahlarztvereinbarung)
ambulant:
 Rechnung an Patient
 Kassenpatient (Ü-Schein erforderl.)
 BG-Fall (D-Bericht i. Kopie beilegen)
 keine Heilbehandlung
Labor-Nr.

Barcode-Etikett

Stempel und Unterschrift überweisender Arzt

Abnahme-Datum:

Diagnose / Antibiot. Vorbehandlung / Weitere Untersuchungen:

Abnahme-Uhrzeit:



Medizinische Laboratorien
PASSAU • DEGGENDORF • NEUÖTTING

MVZ Labor Passau GmbH

Wörth 15 · 94034 Passau
Tel. (08 51) 95 93 00 · Fax (08 51) 95 93 263

Geschlecht: W M D

Immunsuppression:
Infektionszeichen: lokal systemisch

Material-/Probenherkunft und Untersuchungsauftrag bitte ankreuzen; ein Schein pro Material

<p>BLUTKULTUR</p> <p><input type="checkbox"/> Blutkultur (mind. 2 Pärchen / Abnahme) <input type="checkbox"/> Verdacht auf Endokarditis <input type="checkbox"/> zentral <input type="checkbox"/> peripher</p> <p>VARIA</p> <p><input type="checkbox"/> Fremdmaterial (z.B. Katheterspitze) <input type="checkbox"/> ZVK <input type="checkbox"/> Shaldon <input type="checkbox"/> Port <input type="checkbox"/> Stent <input type="checkbox"/> Anderes: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Wundabstrich <input type="checkbox"/> Gewebe / Biopsie <input type="checkbox"/> Abszess <input type="checkbox"/> Chronische Wunde <input type="checkbox"/> schwere Weichteilinfektion <input type="checkbox"/> OP-Wunde intraoperativ <input type="checkbox"/> oberflächlich <input type="checkbox"/> tief <input type="checkbox"/> OP-Wunde postoperativ <input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Gelenk <input type="checkbox"/> Gelenk-Prothese <input type="checkbox"/> Implantat (sonstige) <input type="checkbox"/> Knochen <input type="checkbox"/> Mediastinum <input type="checkbox"/> sonstige Lokalisation:</p> <p><input type="checkbox"/> Punktat <input type="checkbox"/> Aszites <input type="checkbox"/> Galle <input type="checkbox"/> Gelenk <input type="checkbox"/> Pericard <input type="checkbox"/> Pleura <input type="checkbox"/> Sonstiges</p> <p><input type="checkbox"/> Augen / Dermatologie / HNO <input type="checkbox"/> Bindehaut <input type="checkbox"/> re. <input type="checkbox"/> li. <input type="checkbox"/> Haut <input type="checkbox"/> Lokalisation: <input type="checkbox"/> Nase <input type="checkbox"/> re. <input type="checkbox"/> li. <input type="checkbox"/> Ohr <input type="checkbox"/> re. <input type="checkbox"/> li.</p> <p><input type="checkbox"/> Pathogene Bakterien, Antibiogramm, Sprosspilze <input type="checkbox"/> Mykobakterien-Kultur/Mikr. PU/Biop. <input type="checkbox"/> M.tuberculosis-Komplex-PCR PU/Biop. <input type="checkbox"/> Aktinomyzeten- / Nokardien-Kultur PU/Biop. <input type="checkbox"/> Aspergillen- / Schimmelpilze-Kultur <input type="checkbox"/> Dermatophyten</p> <p>ZNS</p> <p><input type="checkbox"/> Liquor <input type="checkbox"/> Lumbalpunktion <input type="checkbox"/> Liquorableitung</p> <p><input type="checkbox"/> Pathogene Bakterien, Antibiogramm 1 ml <input type="checkbox"/> Bakterielle Meningitiserreger (Multiplex-PCR) 0,3 ml (Meningokokken, Pneumokokken, B-Streptokokken, Listeria monocytogenes, Haemophilus infl., E.coli K12) <input type="checkbox"/> Kryptokokken- /Sprosspilze-Kultur 0,5 ml <input type="checkbox"/> M.tuberculosis-Kultur / PCR 5 ml <input type="checkbox"/> Virale Meningitiserreger (Multiplex-PCR) 0,3 ml <input type="checkbox"/> Herpesviren (HSV 1/2, VZV, EBV, CMV, HHV6/7) <input type="checkbox"/> Enteroviren (inkl.: Mumps-, Adeno-, B19-Virus)</p>	<p>RESPIRATIONSTRAKT</p> <p><input type="checkbox"/> Nasenabstrich (tief) N <input type="checkbox"/> Rachenabstrich / Rachenspülwasser R <input type="checkbox"/> Sputum S <input type="checkbox"/> Trachealsekret T <input type="checkbox"/> Bronchialsekret B <input type="checkbox"/> BAL B</p> <p><input type="checkbox"/> Pathog. Bakterien (Kultur, Antibiogr.) N,R,S,T,B</p> <p><input type="checkbox"/> Bakterielle Erreger (Multiplex-PCR): S,T,B (Mycopl. pneum., Chlamyd. pneum., Legionella pneum., B(para)pertussis, Pneumokokken, Haem.influenzae)</p> <p><input type="checkbox"/> Virale Erreger (Multiplex-PCR): R,S,T,B (SARS-CoV-2, Influenza-, Parainfluenza-, Adeno-, Rhino-, Metapneumo-, RS-Viren)</p> <p><i>Tuberkulose</i></p> <p><input type="checkbox"/> Mykobakterien-Kultur / Mikr. S,T,B <input type="checkbox"/> M.tuberculosis-Komplex-PCR S,T,B <input type="checkbox"/> Quantiferon-Test Spez.</p> <p><i>Zusätzlich bei Immunsuppression</i></p> <p><input type="checkbox"/> Pneumocystis-PCR S,T,B <input type="checkbox"/> Galactomannan-Ag nur BAL <input type="checkbox"/> Aspergillen-Kultur S,T,B <input type="checkbox"/> Sprosspilze-Kultur R,S,T,B <input type="checkbox"/> CMV-PCR quant. S,T,B <input type="checkbox"/> HSV 1/2-PCR R,T,B</p> <p><input type="checkbox"/> SARS-CoV-2-PCR N,R,S,T,B <input type="checkbox"/> Influenzavirus-PCR N,R,S,T,B <input type="checkbox"/> Bordetella pertussis / parap.-PCR R,S,T,B <input type="checkbox"/> Legionella pneumophila-PCR S,T,B</p> <p>URIN / UROGENITALTRAKT</p> <p><input type="checkbox"/> Urinkult / Urin <input type="checkbox"/> Mittelstrahl <input type="checkbox"/> Dauerkatheter <input type="checkbox"/> Einmalkatheter / Punktionsurin</p> <p><input type="checkbox"/> Abstrich <input type="checkbox"/> Harnröhre <input type="checkbox"/> Cervix <input type="checkbox"/> Vagina</p> <p><input type="checkbox"/> Pathogene Bakterien, Antibiogramm, Sprosspilze <input type="checkbox"/> Mykobakterien-Kultur / Mikr. U</p> <p><input type="checkbox"/> N.gonorrhoeae-Kultur AB-M <input type="checkbox"/> N.gonorrhoeae-PCR Spez., AB-T <input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis-PCR Spez., U <input type="checkbox"/> Mycoplasma / Ureaplasma-PCR AB-T (M. genitalium, M. hominis, U. urealyticum Biovar 2) <input type="checkbox"/> STI-Erreger (Multiplex-PCR) AB-T (inkl.: GO, Chlamyd., Mycoplasm., Trichom.)</p>	<p>MRE-SCREENING</p> <p><input type="checkbox"/> Aufnahmescreening <input type="checkbox"/> Folgescreening <input type="checkbox"/> Kontaktpatient <input type="checkbox"/> Neo-Screening</p> <p><input type="checkbox"/> Abstrich <input type="checkbox"/> Nase / Rachen <input type="checkbox"/> Nase <input type="checkbox"/> Rachen <input type="checkbox"/> Wunde <input type="checkbox"/> Leiste / Perineum <input type="checkbox"/> Rektum <input type="checkbox"/> Mundschleimhaut <input type="checkbox"/> sonstiges: _____</p> <p><input type="checkbox"/> MRSA-Kultur <input type="checkbox"/> MRGN-Kultur <input type="checkbox"/> VRE-Kultur</p> <p>MAGEN-DARM-TRAKT</p> <p><input type="checkbox"/> Stuhl</p> <p><i>Aufnahmeprofil</i></p> <p><input type="checkbox"/> Salm., Shig., Yers., Camp., S. aureus, C. difficile-Toxin A, B, Norovirus</p> <p><i>Bakterielle Gastroenteritis</i></p> <p><input type="checkbox"/> Salm., Shig., Yers., Camp., S. aureus (Kultur)</p> <p><i>Virale Gastroenteritis</i></p> <p><input type="checkbox"/> Noro-, Rota-, Adenoviren, ... (Multiplex-PCR)</p> <p><i>Antibiotika-assoziierte Colitis</i></p> <p><input type="checkbox"/> C. difficile-Toxin A/B</p> <p><i>Weitere gezielte Anforderungen</i></p> <p><input type="checkbox"/> Norovirus-PCR <input type="checkbox"/> Rotavirus-PCR <input type="checkbox"/> EHEC-Toxin <input type="checkbox"/> EPEC (Säugl. Enteritis) <input type="checkbox"/> Lamblien-Ag/PCR <input type="checkbox"/> Amöben-Ag/PCR <input type="checkbox"/> Kryptosporidien-Ag/PCR <input type="checkbox"/> Wurmeier / Würmer-Mikr. <input type="checkbox"/> C. difficile-Kultur <input type="checkbox"/> Sprosspilze-Kultur <input type="checkbox"/> H. pylori-Ag <input type="checkbox"/> H. pylori-Kultur Biop <input type="checkbox"/> Hämoglobin im Stuhl (iFOBT) <input type="checkbox"/> Pankreaselastase <input type="checkbox"/> Calprotectin (Leukozyten Nachweis)</p> <p>WEITERE SPEZIALUNTERSUCHUNGEN</p> <p><input type="checkbox"/> Malaria-mikrosk. EB <input type="checkbox"/> CMV-PCR quant. EB/divers <input type="checkbox"/> EBV-PCR quant. EB/divers <input type="checkbox"/> HSV 1/2-PCR AB/divers <input type="checkbox"/> VZV-PCR AB/divers</p>
---	---	--