

BAKTERIOLOGIE

Auftragsnummer: **333311**

Entnahmetag **Entnahmezeit**

Mo Di Mi Do Fr Sa So : Uhr

Einsendende Station (UKE)

1	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PATIENTENANGABEN

Name / Vorname: _____

Geb.-Datum: _____ Geschlecht: männl. weibl.

Straße: _____

Wohnort: _____

Kostenträger / Versicherterstatus: MVZ privat

Einsender: (nicht UKE) _____

Privatpatient ja Ambulant infektiös

Untersuchungs-material: _____

Gewünschte Untersuchung: _____

Diagnose: _____

Erhält der Patient Antibiotika ? :

ja nein

welche: _____

Hier Patientenetikett einkleben.

Bitte möglichst Etikett mit Barcode vom Patientenaufnahmesystem verwenden.

Hier soll der Barcode sein.

- bei Urinen:**
- Mittelstrahlurin
 - Beutelurin
 - Fistelurin li.
 - Fistelurin re.
 - Katheterurin
 - Dauerkatheter
 - Blasenpunktat
 - Urin keine Angabe

Unterschrift des einsendenden Arztes _____ Tel.: _____

DIESER BEREICH WIRD VOM LABOR AUSGEFÜLLT

ENTNAHMEORT	FREEMDMAT.	FLÜSSIGKEIT	Anal	Ellenbg.	Leber	Penis	Urethra	TrachSek.	Nr.
<input type="checkbox"/> Abstrich	<input type="checkbox"/> Robinson	<input type="checkbox"/> Ascites	<input type="checkbox"/> Augen	<input type="checkbox"/> Kath.-Asp.	<input type="checkbox"/> Leiste	<input type="checkbox"/> Placenta	<input type="checkbox"/> Vagina	<input type="checkbox"/> TubusAbs.	<input type="checkbox"/> 1
<input type="checkbox"/> Flüssigkeit	<input type="checkbox"/> Bülaus	<input type="checkbox"/> Dialysat	<input type="checkbox"/> Axilla	<input type="checkbox"/> Fuß	<input type="checkbox"/> Lymphkn.	<input type="checkbox"/> Pleura	<input type="checkbox"/> Wunde	<input type="checkbox"/> BKAuAe <input type="checkbox"/> ..AuAn	<input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> PE	<input type="checkbox"/> Drain	<input type="checkbox"/> Duod.-Saft	<input type="checkbox"/> Bauch	<input type="checkbox"/> Genital	<input type="checkbox"/> Magen	<input type="checkbox"/> Zunge	<input type="checkbox"/> ATEMWEG	<input type="checkbox"/> BPed	<input type="checkbox"/> 4
<input type="checkbox"/> Punktat	<input type="checkbox"/> Katheter	<input type="checkbox"/> Ejakulat	<input type="checkbox"/> Bein	<input type="checkbox"/> Hals	<input type="checkbox"/> Mundh.	<input type="checkbox"/> Rachen	<input type="checkbox"/> BAL	<input type="checkbox"/> Stuhl	<input type="checkbox"/> kAn
<input type="checkbox"/> Sekret	<input type="checkbox"/> Lasche	<input type="checkbox"/> Galle	<input type="checkbox"/> Bindehaut	<input type="checkbox"/> Hand	<input type="checkbox"/> Nabel	<input type="checkbox"/> Rectum	<input type="checkbox"/> BronchSe	<input type="checkbox"/> Drain	<input type="checkbox"/> ?
<input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/> re	<input type="checkbox"/> Penrose	<input type="checkbox"/> Magensaft	<input type="checkbox"/> Brust	<input type="checkbox"/> Haut	<input type="checkbox"/> Nase	<input type="checkbox"/> Gallen	<input type="checkbox"/> Bürste	<input type="checkbox"/> Liquor	<input type="checkbox"/> Mat.
<input type="checkbox"/> PraeOP	<input type="checkbox"/> Redon	<input type="checkbox"/> Muttermilch	<input type="checkbox"/> Cervix	<input type="checkbox"/> Leuk.phor.	<input type="checkbox"/> Niere	<input type="checkbox"/> Oesoph.	<input type="checkbox"/> Cuff-Abs.	<input type="checkbox"/> Punktat	<input type="checkbox"/> 1
<input type="checkbox"/> IntraOP	<input type="checkbox"/> Spitze	ABSTRICH	<input type="checkbox"/> Colon	<input type="checkbox"/> Hüfte	<input type="checkbox"/> Oesoph.	<input type="checkbox"/> Sternum	<input type="checkbox"/> TBC	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 45
<input type="checkbox"/> Flüssigkultur	<input type="checkbox"/> T-Drain	<input type="checkbox"/> Abstrich	<input type="checkbox"/> Duoden.	<input type="checkbox"/> Knie	<input type="checkbox"/> Ohr	<input type="checkbox"/> Tonsillen	<input type="checkbox"/> Gez.Abs.	<input type="checkbox"/> Citratblut	<input type="checkbox"/> 4
<input type="checkbox"/> Gewebe	<input type="checkbox"/> ZVK	<input type="checkbox"/> Abdomen	<input type="checkbox"/> Pus	<input type="checkbox"/> Knochenmark	<input type="checkbox"/> Pustel	<input type="checkbox"/> Ulcus	<input type="checkbox"/> Sputum	<input type="checkbox"/> 50 ml Morgenurin	<input type="checkbox"/> snst.

<input type="checkbox"/> Abszess	<input type="checkbox"/> Endophthalmitis	<input type="checkbox"/> Cholangitis	<input type="checkbox"/> Prost. Ektom.
<input type="checkbox"/> Infektion	<input type="checkbox"/> TW-Stenose	GASTROINTEST	<input type="checkbox"/> Pyelonephritis
<input type="checkbox"/> keine Angaben	<input type="checkbox"/> Herzfehler	<input type="checkbox"/> akuter Abdomen	<input type="checkbox"/> Blasen tumor
<input type="checkbox"/> MRSA-Suche	<input type="checkbox"/> Krämpfe	<input type="checkbox"/> Append.	<input type="checkbox"/> Uro-/Nephrolith.
<input type="checkbox"/> PU	NEUROLOGIE	<input type="checkbox"/> Cholecystitis	GYN / GEB.HILFE
<input type="checkbox"/> Verdacht auf ...	<input type="checkbox"/> Enceph.	<input type="checkbox"/> Antib.ind.	<input type="checkbox"/> Ais
<input type="checkbox"/> Auslandsaufenthalt	<input type="checkbox"/> GBS	<input type="checkbox"/> Colitis	<input type="checkbox"/> Adnexitis
<input type="checkbox"/> Zustand nach ...	<input type="checkbox"/> Hirnabszess	<input type="checkbox"/> C. ulcerosa	<input type="checkbox"/> Blasen sprung
<input type="checkbox"/> Infarkt	<input type="checkbox"/> Hirntumor	<input type="checkbox"/> Diarrhoen	<input type="checkbox"/> Colpitis
GRUNDERKRANKUNG	<input type="checkbox"/> Meningitis	<input type="checkbox"/> blutig D.	<input type="checkbox"/> FG
<input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/> cereb. Bltg.	<input type="checkbox"/> chronisch D.	<input type="checkbox"/> Fluor
<input type="checkbox"/> Dialyse	<input type="checkbox"/> SHT	<input type="checkbox"/> wässrig D.	<input type="checkbox"/> Mamma Ca.
<input type="checkbox"/> Fieber	ATEMWEGE	<input type="checkbox"/> Gastritis	<input type="checkbox"/> Mastitis
<input type="checkbox"/> HIV	<input type="checkbox"/> Aspiration	<input type="checkbox"/> Gastroenter.	<input type="checkbox"/> Schwangsch.
<input type="checkbox"/> Immundefekt	<input type="checkbox"/> Bronchitis	<input type="checkbox"/> M.Crohn	HAUT
<input type="checkbox"/> Leberzirrhose	<input type="checkbox"/> COPD	<input type="checkbox"/> Oesoph.Res.	<input type="checkbox"/> Ekzem
<input type="checkbox"/> Leuk/Lymphom	<input type="checkbox"/> resp. Insuff.	<input type="checkbox"/> Pankreatitis	<input type="checkbox"/> Decubitus
<input type="checkbox"/> NTX <input type="checkbox"/> LTX	<input type="checkbox"/> Lungen-Ca	<input type="checkbox"/> Peritonitis	<input type="checkbox"/> Erysipel
<input type="checkbox"/> HTX <input type="checkbox"/> KMT	<input type="checkbox"/> Mucov/ CF	<input type="checkbox"/> Salmonel.	<input type="checkbox"/> Gangrän
<input type="checkbox"/> prae <input type="checkbox"/> post	<input type="checkbox"/> PleuraErguss	<input type="checkbox"/> Soor	<input type="checkbox"/> Mykose
<input type="checkbox"/> Polytrauma	<input type="checkbox"/> Pneumonie	<input type="checkbox"/> unkl. Bauchsch.	<input type="checkbox"/> Pustel
<input type="checkbox"/> praeOP / postOP	<input type="checkbox"/> atypisch	BEWEGUNGSAPP.	<input type="checkbox"/> Psoriasis
<input type="checkbox"/> Sepsis	<input type="checkbox"/> TBC	<input type="checkbox"/> Arthritis	<input type="checkbox"/> Pyodermie
<input type="checkbox"/> Tumor	HNO / AUGEN	<input type="checkbox"/> reaktiv	<input type="checkbox"/> Ulcus
CARDIOVASKULÄR	<input type="checkbox"/> Angina	<input type="checkbox"/> Endoprothese	<input type="checkbox"/> Urticaria
<input type="checkbox"/> ACVB + IMA	<input type="checkbox"/> Katarakt	<input type="checkbox"/> Fraktur	<input type="checkbox"/> Verbrennung
<input type="checkbox"/> Endocarditis	<input type="checkbox"/> Konjunkt.	<input type="checkbox"/> Gelenkerguss	<input type="checkbox"/> Wundinf.
<input type="checkbox"/> KHK	<input type="checkbox"/> Lymphadeno.	<input type="checkbox"/> Osteomy.	<input type="checkbox"/> vorz. Wehen
<input type="checkbox"/> Klappenersatz	<input type="checkbox"/> Otitis	HARNWEGE	<input type="checkbox"/> Inkontinenz
<input type="checkbox"/> Mediastinitis	<input type="checkbox"/> Tonsillitis	<input type="checkbox"/> Cystitis	<input type="checkbox"/> gr. FW
<input type="checkbox"/> Pacerinfekt	<input type="checkbox"/> Scharlach	<input type="checkbox"/> rezidivierend	<input type="checkbox"/> ESBL ?
<input type="checkbox"/> Pericarditis	<input type="checkbox"/> Sinusitis	<input type="checkbox"/> HUS	<input type="checkbox"/> Sonstiges

<input type="checkbox"/> Cito	<input type="checkbox"/> Bitte für jedes Material einen Begleitschein
ANSATZ	<input type="checkbox"/> Material ohne Absender/Station eingegangen
<input type="checkbox"/> Urin	<input type="checkbox"/> Keine Identität/Material unbeschriftet eingeg.
<input type="checkbox"/> Bau	<input type="checkbox"/> Material ohne Begleitschein eingegangen
<input type="checkbox"/> Bauan	<input type="checkbox"/> Der Begleitschein ist unvollständig
<input type="checkbox"/> BPed	<input type="checkbox"/> TBC folgt
<input type="checkbox"/> Liq	<input type="checkbox"/> Bitte Patientenetikett mit Barcode verwenden
<input type="checkbox"/> Kath	<input type="checkbox"/> Patientenetikett an die vorg. Stelle kleben
<input type="checkbox"/> Eliak	<input type="checkbox"/> Sonstiges
<input type="checkbox"/> NorOh	<input type="checkbox"/> k. Angabe <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> and ABio
<input type="checkbox"/> Resp	<input type="checkbox"/> k.Therapie <input type="checkbox"/> Gramaxin <input type="checkbox"/> and AMYk
<input type="checkbox"/> NaRa	<input type="checkbox"/> frühere <input type="checkbox"/> Maxipime <input type="checkbox"/> Tub
<input type="checkbox"/> StaR	<input type="checkbox"/> geplante <input type="checkbox"/> Meropenem <input type="checkbox"/> Sonst.
<input type="checkbox"/> ProP	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> Mefoxitin <input type="checkbox"/> Tazobac
<input type="checkbox"/> FluA	<input type="checkbox"/> Amoxicillin <input type="checkbox"/> Nystatin <input type="checkbox"/> Rifampicin
<input type="checkbox"/> FluB	<input type="checkbox"/> Ampho B <input type="checkbox"/> OrCeph. <input type="checkbox"/> Elobact
<input type="checkbox"/> FluC	<input type="checkbox"/> Ampicillin <input type="checkbox"/> Penicillin <input type="checkbox"/> Humatin
<input type="checkbox"/> FluD	<input type="checkbox"/> Ancotil <input type="checkbox"/> Pipril <input type="checkbox"/> Virostatika
<input type="checkbox"/> FluE	<input type="checkbox"/> Augmentan <input type="checkbox"/> Rocephin <input type="checkbox"/> Tavanic
<input type="checkbox"/> FluF	<input type="checkbox"/> Bactrim <input type="checkbox"/> Refobacin <input type="checkbox"/> Combactam
<input type="checkbox"/> FluG	<input type="checkbox"/> Barazan <input type="checkbox"/> Securopen <input type="checkbox"/> Zyvoxid
<input type="checkbox"/> FluH	<input type="checkbox"/> Baypen <input type="checkbox"/> Sempera <input type="checkbox"/> Turixin
<input type="checkbox"/> FluI	<input type="checkbox"/> Biklin <input type="checkbox"/> Sobelin <input type="checkbox"/> Voriconazol
<input type="checkbox"/> FluJ	<input type="checkbox"/> Canesten <input type="checkbox"/> Spizef <input type="checkbox"/> Cancidas
<input type="checkbox"/> FluK	<input type="checkbox"/> Certomycin <input type="checkbox"/> Staphylex <input type="checkbox"/> Avalox
<input type="checkbox"/> FluL	<input type="checkbox"/> Ciprobay <input type="checkbox"/> Targocid <input type="checkbox"/> 16
<input type="checkbox"/> FluM	<input type="checkbox"/> Claforan <input type="checkbox"/> Tarivid <input type="checkbox"/> 17
<input type="checkbox"/> FluN	<input type="checkbox"/> Clont <input type="checkbox"/> Tetra-Grp. <input type="checkbox"/> 18
<input type="checkbox"/> FluO	<input type="checkbox"/> Diflucan <input type="checkbox"/> Unacid <input type="checkbox"/> 19
<input type="checkbox"/> FluP	<input type="checkbox"/> Elzogram <input type="checkbox"/> Vanco <input type="checkbox"/> 20
<input type="checkbox"/> FluQ	<input type="checkbox"/> Eryt.-Grp. <input type="checkbox"/> Zienam <input type="checkbox"/> 21
<input type="checkbox"/> FluR	<input type="checkbox"/> Fortum <input type="checkbox"/> Zinacef <input type="checkbox"/> 22
<input type="checkbox"/> FluS	<input type="checkbox"/> Gernebcin <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Maxi mitt. <input type="checkbox"/> 80

Maschinenlesbar, bitte nicht knicken oder verschmutzen!

Bei Diagnosen mit zwei Feldern bedeutet das 2. Feld Verdacht.