

E i n s e n d e r	P a t i e n t e n d a t e n		
Telefon:	Name		Vorname <span style="float: right;">geb. am</span>
	PLZ		Wohnort <span style="float: right;">Straße</span>
	Kostenträger		<input type="checkbox"/> Selbst- zahler <span style="float: right;">stationär auf:</span>
	Arbeitgeber		<input type="checkbox"/> ambulant <span style="float: right;">stationär auf:</span>
	Name des Versicherten am		Vorname <span style="float: right;">geb.</span>

**A n g a b e n z u m U n t e r s u c h u n g s m a t e r i a l**

<b>Entnahmedatum:</b>	<input type="checkbox"/> Blut	<input type="checkbox"/> Katheterspitze	<input type="checkbox"/> Sputum
<input type="checkbox"/> Blut (EDTA)	<input type="checkbox"/> Blutkultur (Mycosis-IC/F)	<input type="checkbox"/> Liquor	<input type="checkbox"/> Stuhl
<b>Entnahmeuhrzeit:</b>	<input type="checkbox"/> Bronchialaspirat	<input type="checkbox"/> Magensekret	<input type="checkbox"/> Urin (Mittelstrahl-)
<input type="checkbox"/> Bronchoalveoläre Lavage	<input type="checkbox"/> Bürste (protected brush)	<input type="checkbox"/> Mundabstrich	<input type="checkbox"/> Urin (Katheter-)
<input type="checkbox"/> Absaugsekret	<input type="checkbox"/> Cervixabstrich	<input type="checkbox"/> Ösophagusabstrich	<input type="checkbox"/> Urin (suprapubisches Harnblasenpunktat)
<input type="checkbox"/> Abstrich	<input type="checkbox"/> Galle	<input type="checkbox"/> Ohrabstrich	<input type="checkbox"/> Uterusabstrich
<input type="checkbox"/> Analabstrich	<input type="checkbox"/> Gewebe / Biopsie	<input type="checkbox"/> Peritonealflüssigkeit	<input type="checkbox"/> Vaginalabstrich
<input type="checkbox"/> Augenabstrich	<input type="checkbox"/> Hautabstrich	<input type="checkbox"/> Pleuraflüssigkeit	<input type="checkbox"/> Vaginal- / Analabstrich
		<input type="checkbox"/> Rachenabstrich	<input type="checkbox"/> Wundabstrich
		<input type="checkbox"/> Serum	<input type="checkbox"/> Zungenabstrich
Sonstiges und ergänzende Angaben zum Material:			

**K l i n i s c h e A n g a b e n**

Verdachtsdiagnose, Reiseanamnese:	erkrankt am / vor
Antibiotika-therapie:	Unterschrift des Arztes:

**G e w ü n s c h t e U n t e r s u c h u n g**

<b>Kultur auf Pilze</b>	
<input type="checkbox"/>	Kultur auf Pilze (ohne / mit Primärpräparat)
<b>Nukleinsäureamplifikation auf Pilze</b> (→ nur nach telefonischer Rücksprache)	
<input type="checkbox"/>	Pilze allgemein
<input type="checkbox"/>	speziell:
<b>Pilzserologie</b>	
<input type="checkbox"/>	<b>Candidose</b> ○ Antikörpernachweis (nur Serum)      ○ Antigennachweis
<input type="checkbox"/>	<b>Aspergillose</b> ○ Antikörpernachweis (nur Serum)      ○ Antigennachweis
<input type="checkbox"/>	<b>Cryptococcose</b> (nur Serum, Liquor, Urin und Bronchoalveoläre Lavage)
<input type="checkbox"/>	<b>Sonstige Mykosen:</b> (→ nur nach telefonischer Rücksprache):