

Aufnahmezahl (wird vom Institut ausgefüllt)

**BEGLEITSCHIN FÜR
MIKROBIOLOGISCH-KULTURELLE
UNTERSUCHUNGEN**

Auftragsnummer (wird vom Institut ausgefüllt)

Name:

Soz. Vers. Nr.:

Vorname:

Geb. Dat.:

Klinische Diagnose:

Geschlecht:

Infektionstherapie:

Abnahmedatum:

Abnahmezeit:

Bakterielle Kultur

Pilzkultur

UNTERSUCHUNGSMATERIAL

Harn

- Mittelstrahlharn
- Einmalkatheterharn
- Dauerkatheterharn
- Beutelharn
- Postexprimatharn
- Nephrostomieharn

Stuhl

- Stuhlkultur (Salmonellen, Shigellen, Yersinien, Campylobacter)
- Parasiten und Wurmeier (bei entsprechender Klinik)
- Klebestreifenpräparat
- Wurm/Wurmteile

Sputum

Blutkultur

- Periphere Vene Abnahmeort:
- Katheter Abnahmeort:

Liquor

Abstrich

GBS-Screening (Vaginal-Abstrich)

Punktat

Abnahmeort:

Absaugung

Biopsie

Abnahmeort:

Gefäßkatheter/Drain

Abnahmeort:

Dermatophyten

Abnahmeort:

Sonstiges

Datum:

Stempel/Unterschrift: