



Überweisungsschein für Laboruntersuchungen als Auftragsleistung

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten geb. am

Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Eintrag nur bei Weiterüberweisung!
 Betriebsstätten-Nr. des Erstveranlassers Arzt-Nr. des Erstveranlassers

Kurativ Präventiv bei belegärztl. Behandlung Unfall, Unfallfolgen

Auftragsnummer des Labors

Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!

ggf. Kennziffer Quartal

Kontrolluntersuchung bekannte Infektion Geschlecht

Behandlung gemäß § 116b SGB V eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

Abnahmedatum Abnahmezeit

T T M M J J h h m m

Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch

Befundübermittlung eilt, nachrichtlich an Telefon Nr. Fax Nr.

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag

Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt

Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schulteufällen Muster 10 (10.2019)

Kombi-Überweisungsschein Mikrobiologie (Bitte Anforderung und Diagnose auf dem Überweisungsschein angeben)

BAK

- Tel
- Fax
- Cito
- Gesicherte Infektion
- Hochgr. Abwehrschwäche
- Schwangerschaft
- Besiedlungskontrolle
- Tropenaufenthalt
- Antibiotikabehandlung mit/seit:
- Fremdkörperinfektionen:

Materialien

<p>Urin</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mittelstrahlurin¹ <input type="checkbox"/> Katheterurin¹ <input type="checkbox"/> Punktionsurin¹ <input type="checkbox"/> auf Eintauchnährboden <input type="checkbox"/> Erststrahlurin (Chlamydien, GO) <p>Urogenitaltrakt</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Vaginalabstrich <input type="checkbox"/> Zervixabstrich <input type="checkbox"/> Harnröhrenabstrich <input type="checkbox"/> Glans penis Abstrich <input type="checkbox"/> Ejakulat <p>Magen-Darm-Trakt</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Stuhl <input type="checkbox"/> Rektalabstrich <input type="checkbox"/> Klebefilmpräparat <input type="checkbox"/> Magensaft <input type="checkbox"/> Magenbiopsie <p>Haut/Nägel/Haare</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Hautabstrich: _____ <input type="checkbox"/> Hautschuppen: _____ <input type="checkbox"/> Nagelspäne: _____ <input type="checkbox"/> Haarwurzeln: _____ <p>Sonstige</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> _____ 	<p>Augen/HNO/Atemwege</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Rachen/Tonsillen <input type="checkbox"/> Nase <input type="checkbox"/> Mundhöhle <input type="checkbox"/> Zunge <input type="checkbox"/> Ohr rechts <input type="checkbox"/> Ohr links <input type="checkbox"/> Auge rechts <input type="checkbox"/> Auge links <input type="checkbox"/> Auge Prä-OP <input type="checkbox"/> Sputum <input type="checkbox"/> Trachealsekret <input type="checkbox"/> Bronchiallavage (BAL) <p>Wunde/Punktat/Gewebe</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Abstrich Wunde Ort: _____ <input type="checkbox"/> Abstrich intraoperativ Ort: _____ <input type="checkbox"/> Abszess: _____ <input type="checkbox"/> Gelenk: _____ <input type="checkbox"/> Pleura: _____ <input type="checkbox"/> Douglas <input type="checkbox"/> Bauchhöhle: _____ <input type="checkbox"/> Nasennebenhöhle: _____ <p>Nähere Angaben z. Material</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Biopsat von: _____ <input type="checkbox"/> Gefäßkatheter: _____ <input type="checkbox"/> Blutkultur aerob <input type="checkbox"/> Blutkultur anaerob
---	---

Untersuchungen

<p>Pathogene Keime u. Resistenz</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> β-häm. Streptokokken <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> MRGN (ESBL) <input type="checkbox"/> Tuberkulose/Mykobakterien <input type="checkbox"/> + Gen-Schnellnachweis TBC <p>Urogenitalinfektionen</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Pathogene Keime <input type="checkbox"/> β-häm. Streptokokken <input type="checkbox"/> Gardnerella vaginalis <input type="checkbox"/> Mykoplasmen/Ureaplasmen <input type="checkbox"/> Candida (Hefen) <input type="checkbox"/> Neisseria gonorrhoeae (Kultur) <input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis (Gennachweis)² <input type="checkbox"/> Neisseria gonorrhoeae (Gennachweis)² <input type="checkbox"/> Sexuell-übertragbare Erkrankungen (Multiplex-PCR) (Erstrahlurin, Abstriche)³ <p>Pilze (gezielte Untersuchung)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Hefen <input type="checkbox"/> + Schimmelpilze <input type="checkbox"/> + Dermatophyten (Nägel, Hautschuppen, Haare) <p>Direktnachweis</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Respiratorische Erreger (Multiplex-PCR)⁴ (Rachenabstrich, Atemwegssekrete) <input type="checkbox"/> Influenza A + B⁴ (Rachen-/Nasenabstrich, Atemwegssekrete) <input type="checkbox"/> Pertussis⁴ (Nasopharyngealabstrich) <input type="checkbox"/> Mycoplasma pneumoniae⁴ (Rachenabstrich, Atemwegssekrete) <input type="checkbox"/> Chlamydia pneumoniae⁴ (Rachenabstrich, Atemwegssekrete) 	<p>Magen-Darminfektionen</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Enteritiserreger <input type="checkbox"/> Salmonellen <input type="checkbox"/> Shigellen <input type="checkbox"/> Campylobacter <input type="checkbox"/> Yersinien <input type="checkbox"/> EHEC <input type="checkbox"/> Adenoviren <input type="checkbox"/> Noroviren <input type="checkbox"/> Rotaviren <input type="checkbox"/> Clostridium difficile <p>Parasiten</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Wurmeier/Würmer <input type="checkbox"/> Amöben <input type="checkbox"/> Lamblien <input type="checkbox"/> Kryptosporidien <input type="checkbox"/> Enterobius vermicularis <p>Pankreaselastase (Stuhl)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Calprotektin (Stuhl) <input type="checkbox"/> Lactoferrin (Stuhl) <input type="checkbox"/> Helicobacter pylori <input type="checkbox"/> Antigen (Stuhl) <input type="checkbox"/> Kultur (Magenbiopsie)⁵ <p>Sonstige</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> _____
---	---

1 = Urintransportröhrchen mit Bakteriostatikum UMS10
 2 = Abstrich auf Spezialtupfer ADCN150 oder Erststrahlurin
 3 = Erststrahlurin oder Abstrich auf Spezialtupfer ADT150 (dick)/149 (dünn)
 4 = Abstrich auf Spezialtupfer ADT150 (dick)/140 (dünn)
 5 = Spezialröhrchen ATAn oder Port-Pyl verwenden (taggleicher Transport)
 Ansonsten die Abstriche ABSS150/ABSD130 verwenden. Punktate und andere Flüssigkeiten in sterile(!) Röhrchen BSU10.



Labor Dr. v. Foreich · Bioscientia GmbH · Großmoorbogen 25 · 21079 Hamburg · Fon 040 766 96 - 0 · Fax 040 766 96 - 986 www.foreich-bioscientia.de