

# PRIVAT

## Labor Schottdorf MVZ GmbH

## Anforderungsschein Mikrobiologie

Labor Schottdorf MVZ GmbH  
MVZ Labor Bochum MLB GmbH  
Labor Hamburg-Lübeck MVZ GmbH

Labor Hannover MVZ GmbH  
Labor Mainz MVZ GmbH  
Labor an der Salzbrücke MVZ GmbH

Name, Vorname, Anschrift des Patienten

geb. am

Hier bitte Arzt/Patientenbarcode aufbringen



Tagesnummernbarcode



Rechnungsstellung an:

Patient  \*Einsender  BG  2-fach

Befund:

Abnahmedatum

Abnahmezeit

T T M M J J h h m m

\*nur für Studien, arbeitsmedizinische Untersuchungen und Gutachten

zusätzliche Angaben

Diagnose / Verdachtsdiagnose

Arztstempel und Unterschrift überw. Arzt

# MIKROBIOLOGIE

### EINSENDEMATERIAL

- Liquor
- Pleuraflüssigkeit
- Peritonealflüssigkeit
- Aspirate, Punktate, Sondierungen:
- \_\_\_\_\_
- Sputum
- Trachealsekret
- Bronchialsekret
- BAL
- Blutkultur aerob/anaerob
- \_\_\_\_\_
- Urin Nährbodenträger
- Urin nativ
- \_\_\_\_\_
- Stuhl
- \_\_\_\_\_
- Sperma
- ZVK-Spitze
- sonst. Katheterspitzen:
- \_\_\_\_\_
- Abstrich Auge
- Abstrich Ohr
- Abstrich Nase
- Abstrich Rachen
- Abstrich Vagina
- Abstrich Cervix
- Abstrich Penis
- Abstrich Harnröhre
- Abstrich Wunde (Spezifizierung:)
- \_\_\_\_\_
- Haare
- Nägel
- Schuppen
- Objektträger
- \_\_\_\_\_
- Spirale
- Biopsiematerial
- sonstiges Material:
- \_\_\_\_\_

### ALLG. MIKROB. UNT.

- pathogene Keime
- Resistenzbestimmung
- MRSA  ESBL  VRE
- nur Mikroskopie

### TUBERKULOSE

- Mikroskopie
- Kultur
- M. tbc.-Komplex-PCR (Sputum, Urin)
- T-SPOT TB (IGRA) (Heparin-Vollblut)
- Quantiferon TB Gold (IGRA) (je 1 ml Blut in 3 Spezialröhrchen)

### MYKOLOGIE

- Sprosspilze
  - Kultur
  - Antimykogramm
- Dermatophyten
  - KOH-Präparat
  - Kultur

### RACHEN

- β-hämol. Streptokokken
  - Schnelltest (Grp. A)
  - (trockener Tupfer ohne Gel)
- Kultur
- Diphtherie
- Angina Plaut-Vincenti
- Pertussis-PCR (trockener Tupfer ohne Gel)
- Influenza-PCR (trockener Tupfer ohne Gel)

### GENITAL

- B-Streptokokken
- Myko-/Ureaplasmen
- Gardnerella
- Gonokokken Kultur
- Gonokokken PCR (Urin, Spezialabstrich, Sperma)
- Chlamydien PCR (Urin, Spezialabstrich, Sperma)
- HPV
  - PCR qualitativ High-Risk-Typen
  - Genotypisierung High-/Low-Risk-Typen (Spezialabstriche)

### STUHL

- Salmonellen/Shigellen
- Campylobacter
- Yersinien
- Vibrionen
- Dyspepsie-Coli (EPEC)
- EHEC
- Rotaviren
- Noroviren
- Adenoviren
- Astroviren
- Lamblien
- Amöben
- Cryptosporidien
- Kokzidien
- Clostridium difficile
  - Toxin/Antigen/Kultur
  - nur Toxin
- C. perfringens Enterotoxin
- Helicobacter pylori-Antigen
- Hämoglobin (immunologisch)
- okkultes Blut
- Pankreaselastase

### URIN

- Chlamydien-PCR
- Myko-/Ureaplasmen
- Legionellen-Antigen

### SONSTIGES

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

### PLAUSIBILITÄT

Antibiotikatherapie  Ja  Nein

Angabe:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Die angeforderten Laborleistungen werden in einem Labor-MVZ durch die dort angestellten Ärzte erbracht. Ich willige in die hiermit verbundene Erhebung, Verarbeitung, Nutzung und Übermittlung der für die Erbringung der Leistung erforderlichen personenbezogenen Daten ein. Ich willige ein, dass mit den entsprechenden Untersuchungen befasste Ärzte diese Daten zum Zwecke der gemeinsamen Befunderstellung, Befundauswertung sowie konsiliarischen Verständigung verwenden. Die Einwilligung bezieht sich auch auf die evtl. erforderliche Weiterüberweisung einzelner Laborleistungen.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_