


AOK	LKK	BKK	VdAK	AEV	Knappschaft	MVZ Labor PD Dr. Volkmann und Kollegen GbR							
Name, Vorname des Versicherten												Gerwigstraße 67 76131 Karlsruhe	
Kassen-Nr.			Versicherten-Nr.		Status	Geschlecht <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich		Probenentnahme Datum / Zeit					
Vertragsarzt-Nr.		VK gültig bis		Datum									
<input type="checkbox"/> privat Selbstzahler		<input type="checkbox"/> Kostenträger Krankenhaus		<input type="checkbox"/> Ambulante Patienten (Überweisungsschein genügt)		<input type="checkbox"/> Gutachten Aktenzeichen		Einsender 					
Klinische Fragestellung:						Zusätzliche Anforderungen:							
<input type="checkbox"/> Blutkultur <input type="checkbox"/> aerob <input type="checkbox"/> anaerob		<input type="checkbox"/> Liquor <input type="checkbox"/> Ventrikelkatheter <input type="checkbox"/> Implantat <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Sputum <input type="checkbox"/> Trachealsekret <input type="checkbox"/> Bronchialsekret <input type="checkbox"/> Bronchusspülung <input type="checkbox"/> BAL		<input type="checkbox"/> Urin <input type="checkbox"/> Uricult <input type="checkbox"/> Mittelstrahlurin <input type="checkbox"/> Blasenkateterurin <input type="checkbox"/> Blasenpunktat <input type="checkbox"/> Magensaft		<input type="checkbox"/> Stuhl <input type="checkbox"/> Rektalabstrich <input type="checkbox"/> Analabstrich <input type="checkbox"/> Analklebestreifen		<input type="checkbox"/> Drainage <input type="checkbox"/> Absaugkatheter <input type="checkbox"/> Gewebe <input type="checkbox"/> Synovia <input type="checkbox"/> Kapsel <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Abstrich		<input type="checkbox"/> Eiter		<input type="checkbox"/> Punktat		<input type="checkbox"/> Sekret		<input type="checkbox"/> intra-OP		von			
<input type="checkbox"/> Rachen <input type="checkbox"/> Nase <input type="checkbox"/> Nebenhöhle <input type="checkbox"/> Zunge <input type="checkbox"/> Haut <input type="checkbox"/> Perineum		<input type="checkbox"/> Auge <input type="checkbox"/> Bindehaut <input type="checkbox"/> Ohr <input type="checkbox"/> Nabel <input type="checkbox"/> Achsel <input type="checkbox"/> Leiste		<input type="checkbox"/> Wunde <input type="checkbox"/> Abszess <input type="checkbox"/> Douglas <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> Dekubitus		<input type="checkbox"/> Vagina <input type="checkbox"/> Zervix <input type="checkbox"/> Urethra <input type="checkbox"/> Prostata <input type="checkbox"/> IUP		<input type="checkbox"/> Fruchtwasser <input type="checkbox"/> Sperma <input type="checkbox"/> Muttermilch <input type="checkbox"/> Galle <input type="checkbox"/> Sonstiges _____		<input type="checkbox"/> Pleura <input type="checkbox"/> Aszites <input type="checkbox"/> Bursa <input type="checkbox"/> Gelenk <input type="checkbox"/> Hüfte <input type="checkbox"/> Knie <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> allgemein bakteriologische Untersuchung („Erreger + Resistenz“) <input type="checkbox"/> ohne Antibiogramm				Screening-Untersuchung <input type="checkbox"/> MRSA (Standardverfahren Kultur) <input type="checkbox"/> MRGN (Multiresistente Gramnegative Bakterien) <input type="checkbox"/> VRE (Vancomycin-resistente Enterokokken) <input type="checkbox"/> MRSA Schnelltest (PCR + Kultur)				<input type="checkbox"/> Implantat-assoziierte Infektion					
<input type="checkbox"/> gezielte Untersuchung bei Verdacht auf													
Spezielle Untersuchungen (Kultur, ggf. mikroskopisch, ggf. Ag-Nachweis, ggf. PCR)		Tuberkulose / Mykobakt.		Pilz-Infektionen (Kultur, ggf. Mikroskopie, ggf. Ag-Nachweis)		Enteritis-Erreger (Kultur, ggf. Ag-Nachweis)		Parasiten (Mikroskopie, Ag-Nachweis, ggf. PCR)					
<input type="checkbox"/> A-Streptokokken <input type="checkbox"/> B-Streptokokken <input type="checkbox"/> PVL (Panton-Valentine-Leukozidin) <input type="checkbox"/> Anaerobier <input type="checkbox"/> Helicobacter pylori		<input type="checkbox"/> TB-Kultur + Mikroskopie <input type="checkbox"/> TB-Mikroskopie <input type="checkbox"/> M. tuberculosis (PCR) <input type="checkbox"/> MOTT (PCR) <input type="checkbox"/> INH / RMP-Resistenz (PCR) <input type="checkbox"/> TB-Elispot (Heparin-Blut)		<input type="checkbox"/> Candida/Hefepilze <input type="checkbox"/> Schimmelpilze/Aspergillus <input type="checkbox"/> Haut-/Nagelpilze <input type="checkbox"/> Candida (Serum) (Ag-Nachweis) <input type="checkbox"/> Aspergillus (Serum, BAL) (Ag-/Galaktomannan) <input type="checkbox"/> Cryptococcus neoformans (Serum, Liquor, BAL, Urin) (Ag-Nachweis)		<input type="checkbox"/> Salmonellen <input type="checkbox"/> Shigellen <input type="checkbox"/> Campylobacter <input type="checkbox"/> Yersinien <input type="checkbox"/> EHEC / HUS <input type="checkbox"/> EPEC <input type="checkbox"/> Clostridium difficile - Stufendiagnostik (GDH-Ag ± Toxin, ggf. PCR) <input type="checkbox"/> opportunistische Erreger bei HIV		<input type="checkbox"/> Wurm-/glieder <input type="checkbox"/> Wurmeier <input type="checkbox"/> Oxyuren <input type="checkbox"/> Amöben <input type="checkbox"/> Lamblien <input type="checkbox"/> Kryptosporidien					
Genital-Infektionen (Kultur, ggf. PCR)		atypische Pneumonie (PCR aus respirator. Proben)		opportun. Pneumonie (PCR aus respirator. Proben)		<input type="checkbox"/> Adenoviren <input type="checkbox"/> Astroviren <input type="checkbox"/> Rotaviren <input type="checkbox"/> Noroviren (PCR)** ** zusätzliche Stuhlprobe							
<input type="checkbox"/> Gonokokken <input type="checkbox"/> Mykoplasmen (PCR)* <input type="checkbox"/> Ureaplasmen (PCR)* <input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis (PCR)* * zusätzlich trockener Tupfer		<input type="checkbox"/> Legionella pneum. (PCR) <input type="checkbox"/> Mycoplasma pneum. (PCR) <input type="checkbox"/> Chlamydia pneum. (PCR)		<input type="checkbox"/> Pneumocystis jirovecii (PCR) <input type="checkbox"/> CMV (PCR) <input type="checkbox"/> HSV _{1/2} (PCR)									
Risikofaktoren <input type="checkbox"/> Schwangerschaftswoche _____						<input type="checkbox"/> Carzinom <input type="checkbox"/> Bestrahlung <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus		<input type="checkbox"/> Leberzirrhose <input type="checkbox"/> Harnwegskatheter <input type="checkbox"/> Venenkatheter		<input type="checkbox"/> Künstliche Beatmung <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Fieber		<input type="checkbox"/> Lymphknotenschwellung <input type="checkbox"/> Reiseanamnese	
Therapie bereits begonnen mit:													
kurze Angabe zu Verdachtsdiagnose , Verlauf:													