

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-Etikette einleben!

Knappschaftskennziffer Quartal

Kontrolluntersuchung bekannte Infektion Geschlecht

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

Empfängerregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch

Abnahmedatum Abnahmezeit

T T M M J J h h m m

SSW

Befund etw. Übermittlung an Telefon Fax-Nr.

Diagnose/Verdachtsdiagnose

MUSTER – MUSTER – MUSTER – MUSTER – MUSTER

Befund/Medikation

Auftrag

Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt
Muster 10 (10.2020)

Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülerunfällen

Untersuchungsauftrag Mikrobiologie



Datum der Abnahme Uhrzeit

Ausnahmeziffern gesetzl. Meldepflicht Erkrankungen 32006 Schwangerschaft 32007 Sonstiges

Diagnosen

Harnwegsinfekt Wundinfektion Schwangerschaft Diarrhoe MRSA Status

Antibiotika Therapie Sepsis Pneumonie Sonstiges: positiv negativ

Material

Abstriche **Urin** **Sonstiges Material**

Vaginalabstrich Sonstiger Abstrich Spontan / Erststrahl Sputum

Cervixabstrich Mittelstrahl Punktat

Wundabstrich, oberfl. Tauchmedium / Uricult Stuhl

Wundabstrich, tief Katheterurin Sekret

Lokalisation

Haut Nase Rachen Arm Knie

Ohr Gehörgang Auge Perianal Sonstiges: _____

Abdomen Umbilical Rectal Mund

Zeh Fuß Hand Mamma

Position: links rechts

Diagnostik nach Indikation / Profile

Erreger+Resistenz Profil 1 (Basis) Enteritis 1 (Salmonellen, Shigellen, Yersinien, Campylobacter. Bei Kindern unter 3 Jahren zusätzlich Adeno- und Rotaviren) Enteritis 3 (Bakt., Viren, Parasiten) z.B. nach Reiseexp.

Erreger+Resistenz Profil 2 inkl. Myko-/Ureaplasmen, ggf. mit Resistenz Enteritis 2 (Salmonellen, Shigellen, Yersinien, Campylobacter, EHEC-, Adeno-, Rota-, Astroviren) Enteritis 4 (Clostridium difficile)

Einzelanforderungen

Helicobacter-Ag Parasiten Darmparasiten Pilze Mycoplasmen*/Ureaplasmen*

Screening

MRSA VRE β-Streptokokken SS

MRGN Gardnerella vaginalis Bakterielle Vaginose (Infektionsscreening)

Enteritis PCR

Adenoviren-PCR Noroviren-PCR Rotaviren-PCR EHEC-PCR Multiplex-PCR (enteropath. Erreger)

KAISER DATA GmbH www.kaiserdata.at 06



„Untersuchungsauftrag Mikrobiologie“

Jedes Röhrchen oder Probengefäß muss mit Name, Vorname und Geburtsdatum des Patienten, sowie dem Abnahmedatum versehen sein. Bei mehreren Proben desselben Patienten sind die einzelnen Gefäße mit dem Entnahmezeitpunkt und Entnahmeort zu kennzeichnen.

1. Abstriche: Bitte bei allen Abstrichmaterialien den Entnahmeort angeben.
2. Urin: Nativurin – Bitte benutzen Sie unsere Urin-Stabilisationsröhrchen (Lagerung bei 4 °C). Uriculte sollten nach Bebrütung über Nacht bei 4 °C gelagert werden.
3. Stuhl: Bitte eine haselnussgroße Probe im Stuhlröhrchen (braune Kappe) und in zusätzlicher Umverpackung versenden. Rascher Versand wichtig, sonst Lagerung bei 4 °C.
4. Erreger und Resistenzbestimmung: Kulturell und mikroskopisch. Resistenztestung bei Nachweis von potentiell klinisch relevanten Erregern. Spezielle Fragestellungen immer mit angeben.
5. β-hämolisierende Streptokokken der Gruppe B: Screening in der Schwangerschaft zwischen der 35. und 37. SSW empfohlen.
6. Enteritis-Erreger: Bei Kindern unter 3 Jahren mit blutigen Stühlen bitte zusätzlich auch EPEC und EHEC anfordern. Bei positiver Reiseanamnese sind zusätzlich enteropathogene E.coli (EPEC, EHEC, ETEC, EIEC, EAEC) empfehlenswert.

Mir ist bekannt, dass diese von mir gewünschte ärztliche Leistung nicht zum Leistungskatalog meiner gesetzlichen Krankenkasse gehört und dass die Liquidation für diese Leistung auf der Grundlage der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erfolgt und von mir selbst zu zahlen ist. Ich erteile mein Einverständnis zur Übermittlung aller für die Abrechnung erforderlicher Daten (Name, Anschrift, Geburtsdatum, Diagnosen, Behandlungsdaten) an die DAMA Verrechnungsstelle, Inhaberin Daniela Mateja, Oppelner Straße 1, 50259 Pulheim.

Ort

Datum

Unterschrift Patient/in

