



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 Q | J | J

§ 116b SGB V eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V W | M

Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch

Befundübermittlung eilt, nachrichtlich an Telefon Nr. _____ Fax Nr. _____

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag

Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt

Muster 10 (10.2014)

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 Vaginalabstrich Sonstiger Abstrich Cervixabstrich Wundabstrich, oberfl. Wundabstrich, tief

Urin Spontan / Erststrahl Mittelstrahl Tauchmedium / Uricult Katheterurin

Sonstiges Material Sputum Punktat Stuhl Sekret

Lokalisation

Haut Ohr Abdomen Zeh Nase Gehörgang Umbilical Fuß Rachen Auge Rectal Hand Arm Perianal Mund Mamma Knie Sonstiges: _____

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 MRGN VRE Gardnerella vaginalis β-Streptokokken SS Bakterielle Vaginose (Infektionsscreening)

Enteritis PCR

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

KAISER DATA GmbH www.kaiserdata.at 06



ÜBAG für Labormedizin, Genetik, Zytologie & Pathologie
MVZ Düsseldorf-Centrum - MVZ Pulheim - MVZ Bremen - CLB Bonn
MVZ für Medizinische Genetik und Molekulare Medizin
Düsseldorf|Köln|Aachen

Priv.-Doz. Dr. med. Rainer B. Zotz
Dr. med. Dietmar Klimas
Sibylle Spieth MAC

Immermannstr. 65 A | 40210 Düsseldorf
Auf dem Driesch 34 | 50259 Pulheim



06021



„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

