



Überweisungsschein für in-vitro-diagnostische Auftragsleistungen

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten geb. am

Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Kurativ Präventiv bei belegärztl. Behandlung Unfall, Unfallfolgen

Auftragsnummer des Labors

Hier bitte sorgfältig Barcode-Etikett einkleben!

Knappschafts-kennziffer Quartal

Kontrolluntersuchung bekannte Infektion Geschlecht

Eintrag nur bei Weiterüberweisung!

Betriebsstätten-Nr. des Erstveranlassers Arzt-Nr. des Erstveranlassers

Abnahmedatum Abnahmezeit

T T M M J J h h m m

SSW

SER eingeschränkter Leistungsanspruch gemäß § 16 Abs. 3a SGB V

Empfängnisregelung, Sterilisation, Schwangerschaftsabbruch

Befund eilt, Übermittlung an Telefon Fax Nr. _____

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag

Vertragsarztstempel / Unterschrift über. Arzt

Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülerunfällen

Muster 10 (4.2024)

BAKTERIOLOGIE / MYKOLOGIE / PARASITOLOGIE / VIROLOGIE (GASTROINTESTINAL, RESPIRATORISCH)

Bitte nur ein Material pro Überweisungsschein einsenden und Untersuchungsmaterial, Entnahmestelle und Auftragsumfang so genau wie möglich angeben!

UNTERSUCHUNGSMATERIAL			AUFTRAGSUMFANG
<p>Abstrich</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Abszess <input type="checkbox"/> Anal <input type="checkbox"/> Auge (außen) <input type="checkbox"/> Bindehaut <input type="checkbox"/> Cervix <input type="checkbox"/> Gehörgang <input type="checkbox"/> KAST <input type="checkbox"/> Leiste <input type="checkbox"/> Mundschleimhaut <input type="checkbox"/> Nase <input type="checkbox"/> Nasennebenhöhle <input type="checkbox"/> Nasopharynx <input type="checkbox"/> Ohr <input type="checkbox"/> PEG-Eintrittsstelle <input type="checkbox"/> Penis <input type="checkbox"/> Rachen <input type="checkbox"/> Tonsille <input type="checkbox"/> Tracheostoma <input type="checkbox"/> Ulkus <input type="checkbox"/> Urethra <input type="checkbox"/> Vagina <input type="checkbox"/> Vagina + Rektum (kombiniert) <input type="checkbox"/> Vulva <input type="checkbox"/> Wunde, intraoperativ <input type="checkbox"/> Wunde, oberflächlich <input type="checkbox"/> Wunde, tief <input type="checkbox"/> Zunge 	<p>Atemwegssekret</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> BAL <input type="checkbox"/> Bronchialsekret <input type="checkbox"/> Sputum <input type="checkbox"/> Trachealsekret <p>Blutkultur / Punktat</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Abszesspunktat <input type="checkbox"/> Aszitespunktat <input type="checkbox"/> Blutkultur, peripher venös <input type="checkbox"/> Blutkultur, aus Port <input type="checkbox"/> Bursapunktat <input type="checkbox"/> Gelenkpunktat Hüfte <input type="checkbox"/> bei TEP <input type="checkbox"/> Gelenkpunktat Knie <input type="checkbox"/> bei TEP <input type="checkbox"/> Gelenkpunktat _____ <input type="checkbox"/> Kieferhöhlenpunktat <input type="checkbox"/> Zystenpunktat <p>Haut / Haare / Nägel</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Verdacht auf Hautpilze Bitte Scheinrückseite benutzen! <p>Stuhl / Magen-Darm-Trakt</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Analklebestreifen <input type="checkbox"/> Rektalabstrich <input type="checkbox"/> Stuhl 	<p>Urin / UTK</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Beutel <input type="checkbox"/> Blasenpunktion <input type="checkbox"/> Dauerkatheter <input type="checkbox"/> Einmalkatheter <input type="checkbox"/> Erststrahl (NUR für Untersuchung auf STI) <input type="checkbox"/> Mittelstrahl <p>Sonstiges Material</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ejakulat <input type="checkbox"/> Muttermilch <p>Ergänzende Angaben zum Material (Entnahmeort, Seitenangabe etc.)</p> <p>Hinweise</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Antibiose mit <input type="checkbox"/> Auslandsaufenthalt <input type="checkbox"/> Immunsuppression <input type="checkbox"/> Weitere Anforderung als Text oben 	<p>Respiratorische Materialien</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Erreger- und Resistenzbestimmung (Kultur + Respi-Multiplex-PCR¹) <input type="checkbox"/> Hämolisierende Streptokokken <input type="checkbox"/> Mykologische Untersuchung <input type="checkbox"/> Respi-Multiplex-PCR¹ <input type="checkbox"/> TBC (Kultur) <input type="checkbox"/> TBC (PCR) <p>Urogenitalabstriche</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Erreger- und Resistenzbestimmung (E + R) (Kultur + STI-Multiplex-PCR²) <input type="checkbox"/> Mykologische Untersuchung <input type="checkbox"/> Mykoplasma-Multiplex-PCR³ <input type="checkbox"/> STI-Multiplex-PCR² <input type="checkbox"/> B-Streptokokken in der Gravidität <p>Stuhlproben</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Multiplex-PCR⁴ (incl. Kultur + Resistenzbest.) <input type="checkbox"/> Clostridioides difficile-Toxin <input type="checkbox"/> Helicobacter pylori <input type="checkbox"/> EPEC (Kinder < 2 Jahren, Immunsuppression) <input type="checkbox"/> Würmer/Wurmeier <p>Restliche Materialien (VARIA) und Urine</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Erreger- und Resistenzbestimmung (E + R, Kultur) <input type="checkbox"/> Mykologische Untersuchung <p>Multiresistente Erreger (MRE⁵)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> MRGN <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> VRE

¹Respiratorische PCR: Influenza A/B, Parainfluenza, SARS-CoV2, Adeno- und Rhinovirus, RSV, humanes Metapneumovirus (HMPV), Mycoplasma pneumoniae, Chlamydia pneumoniae, B.pertussis/parapertussis; ²STI-PCR: N. gonorrhoeae, C. trachomatis, M. genitalium, T. vaginalis; ³Mykoplasma-PCR: genitalium, M. hominis, U. urealyticum, U. parvum; ⁴Stuhl-PCR: Salmonellen, Shigellen, Y. enterocolitica, Campylobacter, Shigatoxin 1/2 (EHEC), enteroinvasive E. coli (EIEC), Astroviren, Adenovirus 40/41, Rotavirus A, Norovirus 1/2, Sapovirus, Giardia lamblia, Entamoeba histolytica, Cryptosporidien, Cyclospora cayetanensis; ⁵MRGN: Multiresistente gramnegative Erreger; MRSA: Methicillin-resistente S. aureus; VRE: Vancomycin-resistente Enterokokken



UNTERSUCHUNGSMATERIAL	VERDACHTSDIAGNOSE	AUFTRAGSUMFANG
Hautschuppen	Dermato- und Onychomykosen	<input type="checkbox"/> Klebestreifen-Abrisspräparat auf Pilze/Malassezia <input type="checkbox"/> Fluoreszenzmikroskopisches Präparat (Blankophor) + Pilzkultur (Hautschuppen, Nagelspäne, Haarwurzeln) Untersuchung auf pathogene Pilze incl. Dermatophyten/Haut- und Nagelpilze, Sprosspilze/ Hefen, <i>Malassezia</i> spp., Schimmelpilze Blankophor-Ergebnis innerhalb 2 d Ergebnis der Pilzkultur in max. 4–5 Wochen <input type="checkbox"/> Molekularbiologischer Pilznachweis mit PCR-ELISA Untersuchungsergebnis innerhalb 2–4 d <input type="checkbox"/> Resistenztestung von Dermatophyten (Bei Therapieversagen von Terbinafin, nur nach vorheriger Absprache)
<input type="checkbox"/> Fuß <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> Zehenzwischenraum <input type="checkbox"/> Bein <input type="checkbox"/> Stamm <input type="checkbox"/> Hand <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> Arm <input type="checkbox"/> sonstige Lokalisationen: _____ _____	<input type="checkbox"/> Tinea pedis <input type="checkbox"/> Tinea unguium/Onychomykose <input type="checkbox"/> Tinea corporis <input type="checkbox"/> Tinea faciei <input type="checkbox"/> Tinea capitis	
Nagelspäne Zehennägel	Hefepilzinfektionen der Haut und Schleimhaut	
<input type="checkbox"/> 1. Zehennagel links <input type="checkbox"/> 1. Zehennagel rechts <input type="checkbox"/> andere Zehennägel: _____ _____	<input type="checkbox"/> Candidose der Haut <input type="checkbox"/> Candidose der Zunge/Mundschleimhaut <input type="checkbox"/> Candidose im Genitalbereich <input type="checkbox"/> Pityriasis versicolor	
Nagelspäne Fingernägel	Schimmelpilzinfektion der Haut	
<input type="checkbox"/> 1. Fingernagel links <input type="checkbox"/> 1. Fingernagel rechts <input type="checkbox"/> andere Fingernägel: _____ _____	<input type="checkbox"/> Lokalisation: _____ _____ <input type="checkbox"/> Andere Pilzinfektionen	
Haarwurzeln/Kopfschuppen	ANAMNESE	
<input type="checkbox"/> parietal (Scheitel) <input type="checkbox"/> frontal (Stirn) <input type="checkbox"/> okzipital (Hinterkopf) <input type="checkbox"/> temporal (Schläfe)	Vortherapie? _____ _____ <input type="checkbox"/> Tierkontakt <input type="checkbox"/> Sport/Ringkampf <input type="checkbox"/> Reise/Ausland Sonstige anamnestische Angaben: _____ _____ _____	
Klebestreifen-Abrisspräparat		
<input type="checkbox"/> Brust <input type="checkbox"/> Schultern <input type="checkbox"/> Rücken <input type="checkbox"/> Arm <input type="checkbox"/> sonstige Lokalisationen: _____ _____		
Abstriche Haut		
<input type="checkbox"/> Zehenzwischenraum <input type="checkbox"/> Körperstamm <input type="checkbox"/> Kopfhaut <input type="checkbox"/> sonstige Lokalisationen: _____ _____		
Abstriche Schleimhaut		
<input type="checkbox"/> Zunge <input type="checkbox"/> Mundschleimhaut <input type="checkbox"/> Vaginal		
Hautgewebe (Biopsat)		
<input type="checkbox"/> Natives Gewebe (in NaCl-Lösung, nicht Formalinfixiert) Lokalisation: _____ _____		