

Patientendaten

Privatärztliche Laboruntersuchungen

labopart - Medizinische Laboratorien

Dr. med. Michael Gerber, Prof. Dr. med. Frank Bühling, Prof. Dr. med. Pietro Nenoff, Tobias Löwe, Erik von Rein
 Fachärzte für Laboratoriumsmedizin • Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie •
 Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten

Auftragsnummer des Labors

Hier bitte sorgfältig
Barcode-Etikett einkleben!

Abnahmedatum Abnahmezeit

T T M M J J h h m m

SSW

Befund eilt, Übermittlung an Telefon Fax Nr. _____

Patientenerklärung:
 Mir ist bekannt, dass ich von den Laborinhabern für die laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen eine separate Honorarabrechnung nach der aktuellen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erhalten werde. Ich bin mit der Durchführung der genannten Untersuchungen einverstanden.

Datum, Patientenunterschrift

Sehr geehrte Herren,
 ich beauftrage Sie mit der Durchführung folgender **privatärztlicher** Laboratoriumsuntersuchungen:

Untersuchungsmaterial

Klinische Angaben/Diagnosen/Fragestellung

Der/die Patient(in) wurde lt. § 4 (5) GOÄ informiert, dass die Untersuchungen direkt durch das Labor berechnet werden.

Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt

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> <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 <input type="checkbox"/>	<p>Atemwegssekret</p> <input type="checkbox"/> BAL <input type="checkbox"/> Bronchialsekret <input type="checkbox"/> Sputum <input type="checkbox"/> Trachealsekret	<p>Urin / UTK</p> <input type="checkbox"/> Beutel <input type="checkbox"/> Blasenpunktion <input type="checkbox"/> Dauerkatheter <input type="checkbox"/> Einmalkatheter <input type="checkbox"/> Erststrahl <small>(NUR für Untersuchung auf STI)</small> <input type="checkbox"/> Mittelstrahl <input type="checkbox"/>	<p>Respiratorische Materialien</p> <input type="checkbox"/> Erreger- und Resistenzbestimmung (Kultur + Respi-Multiplex-PCR ¹) <input type="checkbox"/> Hämolisierende Streptokokken <input type="checkbox"/> Mykologische Untersuchung <input type="checkbox"/> Respi-Multiplex-PCR ¹ <input type="checkbox"/> TBC (Kultur + PCR)
	<p>Blutkultur / Punktat</p> <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 <input type="checkbox"/>	<p>Sonstiges Material</p> <input type="checkbox"/> Ejakulat <input type="checkbox"/> Muttermilch <input type="checkbox"/>	<p>Urogenitalabstriche</p> <input type="checkbox"/> Erreger- und Resistenzbestimmung (E + R) (Kultur + STI-Multiplex-PCR ²) <input type="checkbox"/> Mykologische Untersuchung <input type="checkbox"/> Mykoplasma-Multiplex-PCR ³ <input type="checkbox"/> STI-Multiplex-PCR ² <input type="checkbox"/> B-Streptokokken in der Gravidität
	<p>Haut / Haare / Nägel</p> <input type="checkbox"/> Verdacht auf Hautpilze Bitte Scheinrückseite benutzen!	<p>Ergänzende Angaben zum Material (Entnahmeort, Seitenangabe etc.)</p>	<p>Stuhlproben</p> <input type="checkbox"/> Multiplex-PCR ⁴ (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>Stuhl / Magen-Darm-Trakt</p> <input type="checkbox"/> Analklebestreifen <input type="checkbox"/> Rektalabstrich <input type="checkbox"/> Stuhl <input type="checkbox"/>	<p>Hinweise</p> <input type="checkbox"/> Antibiose mit	<p>Restliche Materialien (VARIA) und Urine</p> <input type="checkbox"/> Erreger- und Resistenzbestimmung (E + R, Kultur) <input type="checkbox"/> Mykologische Untersuchung
		<p>Spezielle Erreger⁵</p> <input type="checkbox"/> MRGN <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> VRE <input type="checkbox"/> S.aureus PVL-bildend	

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 cayentanensis; ⁵MRGN: Multiresistente gramnegative Erreger, MRSA: Methicillin-resistente S. aureus, VRE: Vancomycin-resistente Enterokokken, PVL: Panton-Valentine-Leukozydin

labopart - Medizinische Laboratorien · Wurzener Straße 5 · 01127 Dresden · Tel. 0351 210799-0 · Fax (Mikrobiologie) -484

labopart - Medizinische Laboratorien · Mölbiser Hauptstr. 8 · 04571 Rötha · Tel. 034347 6191-0 · Fax -341



RECO Orgaform Altenburg GmbH ☎ 03447 8519-0 08/24

© labopart - Medizinische Laboratorien

UNTERSUCHUNGSMATERIAL	VERDACHTSDIAGNOSE	AUFTRAGSUMFANG
Hautschuppen	Dermato- und Onychomykosen	<input type="checkbox"/> Klebestreifen-Abrisspräparat auf Pilze/Malassezia
<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	<input type="checkbox"/> Fluoreszenzmikroskopisches Präparat (Blankophor) + Pilzkultur (Hautschuppen, Nagelspäne, Haarwurzeln) Untersuchung auf pathogene Pilze: Dermatophyten/Haut- und Nagelpilze, Sprosspilze/ Hefen, <i>Malassezia</i> spp., Schimmelpilze Blankophor-Ergebnis innerhalb 2 d Ergebnis der Pilzkultur in max. 4–5 Wochen
Nagelspäne Zehennägel	Hefepilzinfektionen der Haut und Schleimhaut	<input type="checkbox"/> Molekularbiologischer Pilznachweis (PCR):
<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	<u>Dermatophyten</u> <i>Trichophyton rubrum/soudanense</i> <i>Trichophyton interdigitale/mentagrophytes</i> <i>Trichophyton benhamiae</i> <i>Trichophyton tonsurans</i> <i>Trichophyton quinckeanum/schönleinii</i> <i>Trichophyton violaceum</i> <i>Trichophyton verrucosum</i> <i>Epidermophyton floccosum</i> <i>Microsporum canis</i> <i>Microsporum audouinii</i> <i>Nannizzia gypsea</i> Pan-Dermatophyten <u>Hefepilze</u> <i>Candida albicans</i> <i>Candida parapsilosis</i> <u>Schimmelpilze</u> <i>Scopulariopsis brevicaulis</i> Untersuchungsergebnis innerhalb 2 d
Nagelspäne Fingernägel	Schimmelpilzinfektion der Haut	<input type="checkbox"/> Resistenzbestimmung Hefenpilze (Candida-Arten) bei chronisch-rezidivierender Vulvovaginal-Candidose
<input type="checkbox"/> 1. Fingernagel links <input type="checkbox"/> 1. Fingernagel rechts <input type="checkbox"/> andere Fingernägel: _____ _____	Lokalisation: _____ _____ <input type="checkbox"/> Andere Pilzinfektionen	<input type="checkbox"/> Resistenztestung von Dermatophyten (Bei Therapieversagen von Terbinafin, nur nach vorheriger Absprache)
Nagelspäne Fingernägel	ANAMNESE	
<input type="checkbox"/> 1. Fingernagel links <input type="checkbox"/> 1. Fingernagel rechts <input type="checkbox"/> andere Fingernägel: _____ _____	Vortherapie? _____ _____ <input type="checkbox"/> Tierkontakt <input type="checkbox"/> Sport/Ringkampf <input type="checkbox"/> Reise/Ausland Sonstige anamnestische Angaben: _____ _____ _____	
Haarwurzeln/Kopfschuppen		
<input type="checkbox"/> parietal (Scheitel) <input type="checkbox"/> frontal (Stirn) <input type="checkbox"/> okzipital (Hinterkopf) <input type="checkbox"/> temporal (Schläfe)		
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: _____ _____		