



Überweisungsschein für Laboriums- untersuchungen 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!

Knappschafts-kennziffer Quartal

Kontrolluntersuchung bekannte Infektion Geschlecht

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

Abnahmedatum Abnahmezeit

T T M M J J h h m m

SSW

Befund eilt, Übermittlung an Telefon Fax Nr. _____

Diagnose/Verdachtsdiagnose

Befund/Medikation

Auftrag

Vertragsarztstempel / Unterschrift überw. Arzt

Muster 10 (10.2020)

Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülerunfällen

Mikrobiologie

Urogenitaltrakt

Material	Diagnostik
<input type="checkbox"/> Erststrahlurin	<input type="checkbox"/> pathogene Erreger mit Resistenztestung
<input type="checkbox"/> Mittelstrahlurin	<input type="checkbox"/> Pilze (Hefen)
<input type="checkbox"/> Katheterurin	
<input type="checkbox"/> Eintauchnährboden	<input type="checkbox"/> Sexuell übertragbare Infektionen, Screening, PCR, T11*
<input type="checkbox"/> Vaginalabstrich	<input type="checkbox"/> Chlamydien
<input type="checkbox"/> Cervixabstrich	<input type="checkbox"/> Ureaplasma spp. Mycoplasma hominis
<input type="checkbox"/> Vulvaabstrich	<input type="checkbox"/> Legionellen-AG (aus Urin)
<input type="checkbox"/> Urethralabstrich	<input type="checkbox"/> Pneumokokken-AG (aus Urin)
<input type="checkbox"/> Penisabstrich	<input type="checkbox"/> Sediment
<input type="checkbox"/> Ejakulat(-abstrich)	
<input type="checkbox"/> Analabstrich	
<input type="checkbox"/> _____	

Respirationstrakt / HNO / Augen

Material	Diagnostik
<input type="checkbox"/> Sputum	<input type="checkbox"/> pathogene Erreger mit Resistenztestung
<input type="checkbox"/> Tracheal-/Bronchialsekret	<input type="checkbox"/> Pilze (Hefen, Schimmelpilze)
<input type="checkbox"/> Rachen	
<input type="checkbox"/> Tonsillen	<input type="checkbox"/> ausschließlich A-Streptokokken
<input type="checkbox"/> Mundhöhle/Gaumen	<input type="checkbox"/> Tuberkulose inkl. Präparat
<input type="checkbox"/> Zunge	<input type="checkbox"/> wenn Präparat negativ inkl. PCR
<input type="checkbox"/> Zahn/Gingiva	<input type="checkbox"/> Influenzavirus A/B und RSV*
<input type="checkbox"/> Nasennebenhöhlen	<input type="checkbox"/> SARS-CoV-2*
<input type="checkbox"/> Auge	<input type="checkbox"/> Bordetella pertussis/parapertussis*
<input type="checkbox"/> Gehörgang	<input type="checkbox"/> Chlamydia pneumoniae*
<input type="checkbox"/> Nase	<input type="checkbox"/> Mycoplasma pneumoniae*
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Respiratorische Screening-PCR*
	<input type="checkbox"/> MRSA-Kultur
	<input type="checkbox"/> _____

Wunden / Haut / Punktat / Blutkultur

Material	Diagnostik
<input type="checkbox"/> Abstrich oberflächlich, z. B. Haut, Ulcus	<input type="checkbox"/> pathogene Erreger mit Resistenztestung
<input type="checkbox"/> Abstrich tief, z. B. Dekubitus, intraop.	<input type="checkbox"/> Pilze (Hefen, Schimmelpilze)
<input type="checkbox"/> Abszess	
<input type="checkbox"/> Gewebe	<input type="checkbox"/> MRSA-Kultur
<input type="checkbox"/> Gelenkpunktat	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Punktat	
<input type="checkbox"/> Aszites	
<input type="checkbox"/> Dialysat	
<input type="checkbox"/> Blutkultur	
<input type="checkbox"/> _____	

Haut (mit Anhangsgebilden) auf Dermatophyten

Material	
<input type="checkbox"/> Haarwurzeln	<input type="checkbox"/> Nagelspäne
<input type="checkbox"/> Hautschuppen	<input type="checkbox"/> _____

Spezielle Erregerdiagnostik		Kultur PCR
* = Molekularbiologie (trockener Tupfer, E-Swab oder Virus-Transportmedium)	Gel-Tupfer	✓ -
	E-Swab (Amies flüssig)	✓ ✓
	Trockener Tupfer	- -
	Virus-Transportmedium flüssig	- ✓
	Erststrahlurin	- ✓

Stuhl / Verdauungstrakt

Diagnostik	<input type="checkbox"/> Parasiten/Wurmeier/Protozoen	<input type="checkbox"/> iFOBT (sep. Barcode; sep. spez. Probengefäß)
<input type="checkbox"/> pathogene Erreger	<input type="checkbox"/> Klebestreifen auf Oxyuren	
<input type="checkbox"/> Erreger b. blut. Diarrhoe	<input type="checkbox"/> Abklärung frgl. Parasiten	<input type="checkbox"/> Alpha-1-Antitrypsin
<input type="checkbox"/> Erreger b. chron. Diarrhoe	<input type="checkbox"/> Helicobacter pylori (kult. Nachw. a. Magenbiopsie)	<input type="checkbox"/> Calprotectin
<input type="checkbox"/> Erreger b. Reisediarrhoe		<input type="checkbox"/> Pankreas-Elastase
<input type="checkbox"/> Clostridien	<input type="checkbox"/> Helicobacter-Ag im Stuhl	<input type="checkbox"/> _____

Sonstiges (z. B. Angaben zum Patienten/der Entnahmestelle, weitere Anforderungen)