

Ärztin/Arzt: _____ DECT-Nr. _____

Nur für Labor!



Datum und Zeit der Probeentnahme

Tag 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 20 30

Monat Jan Feb März April Mai Juni Juli Aug Sept Okt Nov Dez

Std. 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24

Min. 5 10 15 20 25 30 35 40 45 50 55

Diagnose / antimikrobielle Therapie / Bemerkungen / Kopien an:

KSW Patientenetikette

Name: _____

Vorname: _____

KSW-Fallnummer: _____

Geburtsdatum: _____

Klinik: _____

KST: _____

Tel.: _____

<input type="checkbox"/> Blutkulturen		(Verdachts-) Diagnose		Entnahmeort	
<input type="checkbox"/> Fieber unklar	<input type="checkbox"/> Pyelonephritis	<input type="checkbox"/> Fieber n. Operation	<input type="checkbox"/> Pilzinfektion	<input type="checkbox"/> periphere Vene	
<input type="checkbox"/> Pneumonie	<input type="checkbox"/> Sepsis	<input type="checkbox"/> Endokarditis	<input type="checkbox"/> Katheterinfektion	<input type="checkbox"/> Zentralvenenkatheter	
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/> Arterie	

<input type="checkbox"/> Katheter				
<input type="checkbox"/> Subclaviakatheter	<input type="checkbox"/> Jugulariskatheter	<input type="checkbox"/> Dialysekatheter	<input type="checkbox"/> Arterienkatheter	<input type="checkbox"/> _____

<input type="checkbox"/> Urin			(Verdachts-) Diagnose		Entnahmeort / Untersuchung	
<input type="checkbox"/> Harnwegsinfekt	<input type="checkbox"/> Schwangerschaft	<input type="checkbox"/> vor urologischer OP	<input type="checkbox"/> Mittelstrahlurin	<input type="checkbox"/> DK / Säckli / Cystofix		
<input type="checkbox"/> akutes Urethralesyndrom	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Prostatitis	<input type="checkbox"/> 1 x Kath./Blasenpkt.	<input type="checkbox"/> Legionellen-AG		

<input type="checkbox"/> Respiratorische Sekrete			(Verdachts-) Diagnose		Material	
<input type="checkbox"/> Pneumonie	<input type="checkbox"/> Ventilator-Pneumonie	<input type="checkbox"/> Ziehl-Neelsen	<input type="checkbox"/> Sputum	<input type="checkbox"/> Bronchialsekret		
<input type="checkbox"/> Bronchitis / COPD	<input type="checkbox"/> Cystische Fibrose	(nur n. tel. Anmeldung)	<input type="checkbox"/> Nasopharyngealsekret	<input type="checkbox"/> BAL		
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Pilze	<input type="checkbox"/> Allgemeine Bakteriologie	<input type="checkbox"/> Trachealsekret	<input type="checkbox"/> Kultur quantitativ		

<input type="checkbox"/> Augen-/Ohrabstriche			(Verdachts-) Diagnose		Entnahmeort	
<input type="checkbox"/> Konjunktivitis	<input type="checkbox"/> Otitis externa	<input type="checkbox"/> Otitis media	<input type="checkbox"/> Conjunktiven	<input type="checkbox"/> Gehörgang		

<input type="checkbox"/> Nasen-/Rachenabstriche			(Verdachts-) Diagnose		Entnahmeort / Untersuchung	
<input type="checkbox"/> Tonsillitis / Pharyngitis	<input type="checkbox"/> Soor-Stomatitis	<input type="checkbox"/> Immunsuppression	<input type="checkbox"/> Rachen	<input type="checkbox"/> Mund		
<input type="checkbox"/> Epiglottitis	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Nase	<input type="checkbox"/> nur MRSA		

<input type="checkbox"/> oberflächliche Abstriche			(Verdachts-) Diagnose		Entnahmeort / Untersuchung	
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> (chron) Haut-Ulcus	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Abstrich		
<input type="checkbox"/> Furunkulose/Pyodermie	<input type="checkbox"/> Pilzinfektion	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> nur Hefe-Pilz	<input type="checkbox"/> nur MRSA		

<input type="checkbox"/> Punkate / Biopsien			(Verdachts-) Diagnose		Entnahmeort	
<input type="checkbox"/> _____ Abszess	<input type="checkbox"/> chirurg. Peritonitis	<input type="checkbox"/> Osteosyntheseninfekt	<input type="checkbox"/> _____ Punktat	<input type="checkbox"/> Pleurapunktat		
<input type="checkbox"/> Arthritis	<input type="checkbox"/> Pleuraerguss unkl.	<input type="checkbox"/> Protheseninfekt	<input type="checkbox"/> _____ Gewebe	<input type="checkbox"/> Aszites in BK-Flaschen		
<input type="checkbox"/> Spontanbakt. Peritonitis	<input type="checkbox"/> Pleuraempyem	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____ Gelenk	<input type="checkbox"/> _____		

<input type="checkbox"/> Liquor			(Verdachts-) Diagnose		Entnahmeort / Untersuchung	
<input type="checkbox"/> Meningitis	<input type="checkbox"/> HIV/Immunsuppression	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Kultur Bakterien	<input type="checkbox"/> Cryptokokken		

<input type="checkbox"/> Urogenitalproben			(Verdachts-) Diagnose		Entnahmeort / Untersuchung	
<input type="checkbox"/> Vd bakt. Vaginose	<input type="checkbox"/> Schwangerschaft	<input type="checkbox"/> Urethritis	<input type="checkbox"/> Cervix / Vagina	<input type="checkbox"/> Ejakulat		
<input type="checkbox"/> Adnexitis	<input type="checkbox"/> nur Strepto B	<input type="checkbox"/> Prostatitis	<input type="checkbox"/> Amnionflüssigkeit	<input type="checkbox"/> Gonokokken Kultur		
<input type="checkbox"/> Unterbauchschmerzen	<input type="checkbox"/> Sterilitätsabklärung	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Urethralabstrich	<input type="checkbox"/> Urea-/Mycoplasma		

<input type="checkbox"/> Stuhl				
<input type="checkbox"/> Patienten ohne Reiseanamnese Salmonella, Campylobacter	<input type="checkbox"/> Patienten mit Reise Salmonella inkl. typhi, Shigella, Campylobacter	<input type="checkbox"/> Kinder <5 J ohne Reise Salmonella, Campylobacter Aeromonas	<input type="checkbox"/> nur Salmonella	<input type="checkbox"/> Pat. >3 d im Spital Clostridium diff. Toxin
			<input type="checkbox"/> Yersinia / Aeromonas	
			<input type="checkbox"/> _____	
