



# 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!

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

Nicht zu verwenden bei Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und Schülerunfällen

Muster 10 (10.2020)

## Mikrobiologie

### Urogenitaltrakt

Material	Diagnostik
<input type="checkbox"/> Mittelstrahlurin	<input type="checkbox"/> pathogene Erreger mit Resistenztestung
<input type="checkbox"/> Katheterurin	<input type="checkbox"/> pathogene Erreger ohne Resistenztestung
<input type="checkbox"/> Eintauchnährboden	<input type="checkbox"/> Pilze (Hefen, Schimmelpilze)
<input type="checkbox"/> Vaginalabstrich	
<input type="checkbox"/> Cervixabstrich	<input type="checkbox"/> B-Streptokokken
<input type="checkbox"/> Vulvaabstrich	<input type="checkbox"/> Gonokokken (kultureller Nachweis)
<input type="checkbox"/> Urethralabstrich	<input type="checkbox"/> Gonokokken* (PCR)
<input type="checkbox"/> Penisabstrich	<input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis*
<input type="checkbox"/> Ejakulat(-abstrich)	<input type="checkbox"/> Legionellen-AG (aus Urin)
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____

### Wunden / Haut

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"/> pathogene Erreger ohne Resistenztestung
<input type="checkbox"/> Perianalabstrich	<input type="checkbox"/> Pilze (Hefen, Schimmelpilze)
<input type="checkbox"/> Abszess	
<input type="checkbox"/> Gewebe	<input type="checkbox"/> β-hämolisierende Streptokokken
<input type="checkbox"/> (Gelenk-)Punktat	<input type="checkbox"/> MRSA
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____

### Stuhl / Verdauungstrakt

Diagnostik	
<input type="checkbox"/> pathogene Erreger	<input type="checkbox"/> Calprotectin
<input type="checkbox"/> Clostridien	<input type="checkbox"/> Pankreas-Elastase
<input type="checkbox"/> Erreger bei Reisediarrhoe	<input type="checkbox"/> Klebestreifen auf Oxyuren
<input type="checkbox"/> Erreger bei blut. Diarrhoe	<input type="checkbox"/> Helicobacter-Antigen
<input type="checkbox"/> Parasiten (inkl. Protozoen)	<input type="checkbox"/> Helicobacter pylori
<input type="checkbox"/> Wurmeier/Wurmteile	(kultureller Nachweis aus Magenbiopsie)
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____

### Respirationstrakt / HNO / Augen

Material	Diagnostik
<input type="checkbox"/> Sputum	<input type="checkbox"/> pathogene Erreger mit Resistenztestung
<input type="checkbox"/> Trachealsekret	<input type="checkbox"/> pathogene Erreger ohne Resistenztestung
<input type="checkbox"/> Bronchialsekret	<input type="checkbox"/> Pilze (Hefen, Schimmelpilze)
<input type="checkbox"/> Rachen	
<input type="checkbox"/> Tonsillen	<input type="checkbox"/> A-Streptokokken
<input type="checkbox"/> Mundhöhle/Gaumen	<input type="checkbox"/> Tuberkulose inkl. Präparat
<input type="checkbox"/> Zunge	<input type="checkbox"/> Influenzavirus A/B und RSV*
<input type="checkbox"/> Zahn-/Gingiva	<input type="checkbox"/> Bordetella pertussis/parapertussis*
<input type="checkbox"/> Nasennebenhöhlen	<input type="checkbox"/> Chlamydia pneumoniae*
	<input type="checkbox"/> Mycoplasma pneumoniae*
Auge li. <input type="checkbox"/> re. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Respi.-Screening-PCR*
Gehörgang li. <input type="checkbox"/> re. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> MRSA
Nase li. <input type="checkbox"/> re. <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> _____	<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**

\* = Molekularbiologie (trockener Tupfer oder Amies-Flüssigmedium)

	Gel-Tupfer	Kultur	PCR
	Trockener Tupfer	✓	✓
	Amies-Flüssigmedium	✓	✓

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