

INSTITUT FÜR KRANKENHAUSHYGIENE UND MIKROBIOLOGIE

Ärztlicher Direktor: Prim. Dr. med. Klaus Vander
8010 Graz, Stiftingtalstraße 16

Befundauskunft: Tel. 0316/340-5720, e-mail: ikm-inbox@kages.at

Anfrage zur **Probenannahme:** Tel. 0316/340-5704

Annahmezeiten: Montag bis Freitag bis 14:30 Uhr,
Samstag bis 11:00 Uhr; Sonn- und Feiertag bis 10:00 Uhr

IKM

**BEGLEITSCHIN für
BAKTERIOLOGISCHE, MYKOLOGISCHE,
PARASITOLOGISCHE UND TUBERKULOSE
UNTERSUCHUNGEN**

Datum 16.01.2025 (1011.3703)

HELP

Steiermärkische
Krankenanstalten —
IKM – INSTITUT FÜR
KRANKENHAUSHYGIENE
UND MIKROBIOLOGIE

Patienten Etikett mit Barcode

oder Patienten-Name, Geb.Datum, SV-Nr.:

Einsender:**Diagnose/Anlass d. Untersuchung**

Krank seit: Entnahme (Datum/Uhrzeit):

Anweisender Arzt/befugte Person: Tel.:

(Name in Blockbuchstaben) Unterschrift:

vorbehandelt: Nein JA, mit _____ Erstuntersuchung Wiederholungsuntersuchung**Abstrich:**

- Mund
- Rachen
- Nase
- Ohr
- Auge _____
- Urethra
- Vagina
- Haut
- Wunde
- Herkunft: _____
- Herkunft: _____

Respirator. Sekrete:

- Sputum
- Endotracheale Abs.
- BAL
- BSK
- Harn:**
- Mittelstrahl
- Katheter
- Uricult (Mittelstrahlharn)
- Uricult (Katheterharn)
- Stuhl**
- sonstiges Material** _____

 Katheterspitze

- Blutkultur** unbebrütet
- bebrütet positive **Blutkultur**
- Liquor**
- Drainspitze**
- Gewebe** (Biopsie)
- Herkunft: _____
- Implantat/Sonifikation**
- Herkunft: _____
- Punktat** _____
- Magensaft**

Gewünschte Untersuchung: (Pro Untersuchung bitte einen eigenen Begleitschein ausfüllen!)

(Wenn keine Untersuchungsart angekreuzt ist, wird Kultur und Antibiogramm gemacht!)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bakterienkultur
und Antibiogramm | <input type="checkbox"/> Malaria (Blutparasiten)
mikroskopisch (EDTA) | <input type="checkbox"/> Streptokokken B
Screening und Antibiogramm |
| <input type="checkbox"/> Pilzkultur | <input type="checkbox"/> Parasiten/Wurmeier
mikroskopisch (Stuhl, Harn) | <input type="checkbox"/> Helicobacter pylori
Kultur und Antibiogramm |
| <input type="checkbox"/> Mikroskopie
Gram-Färbung | <input type="checkbox"/> Urogenitale Mykoplasmen/
Ureaplasmen | <input type="checkbox"/> Actinomyceten (Kultur) |
| <input type="checkbox"/> Mykobakterien (TBC, NTM)
Kultur und ZN -Färbung | <input type="checkbox"/> AOLC (Acridine Orange Leucocyte
Cytospin) aus EDTA | <input type="checkbox"/> Nocardien (Kultur) |

INSTITUT FÜR KRANKENHAUSHYGIENE UND MIKROBIOLOGIE

Ärztlicher Direktor: Prim. Dr. med. Klaus Vander
8010 Graz, Stiftingtalstraße 16

Befundauskunft: Tel. 0316/340-5720, e-mail: ikm-inbox@kages.at

Anfrage zur **Probenannahme:** Tel. 0316/340-5704

Annahmezeiten: Montag bis Freitag bis 14:30 Uhr,
Samstag bis 11:00 Uhr; Sonn- und Feiertag bis 10:00 Uhr

IKM

**BEGLEITSCHIN für
BAKTERIOLOGISCHE, MYKOLOGISCHE,
PARASITOLOGISCHE UND
TUBERKULOSE UNTERSUCHUNGEN**

Datum 16.01.2025 (1011.3703)

HELP

Steiermärkische
Krankenanstalten —
IKM – INSTITUT FÜR
KRANKENHAUSHYGIENE
UND MIKROBIOLOGIE

Patienten Etikett mit Barcode

oder Patienten-Name, Geb.Datum, SV-Nr.:

Einsender:**Diagnose/Anlass d. Untersuchung**

Krank seit: Entnahme (Datum/Uhrzeit):

Anweisender Arzt/befugte Person: Tel.:

(Name in Blockbuchstaben) Unterschrift:

vorbehandelt: Nein JA, mit _____ Erstuntersuchung Wiederholungsuntersuchung**Abstrich:**

- Mund
- Rachen
- Nase
- Ohr
- Auge _____
- Urethra
- Vagina
- Haut
- Wunde
- Herkunft: _____
- Herkunft: _____

Respirator. Sekrete:

- Sputum
- Endotracheale Abs.
- BAL
- BSK
- Harn:**
- Mittelstrahl
- Katheter
- Uricult (Mittelstrahlharn)
- Uricult (Katheterharn)
- Stuhl**
- sonstiges Material:** _____

 Katheterspitze

- Blutkultur** unbebrütet
- bebrütet positive **Blutkultur**
- Liquor**
- Drainspitze**
- Gewebe** (Biopsie)
- Herkunft: _____
- Implantat/Sonifikation**
- Herkunft: _____
- Punktat** _____
- Magensaft**

Gewünschte Untersuchung: (Pro Untersuchung bitte einen eigenen Begleitschein ausfüllen!)

(Wenn keine Untersuchungsart angekreuzt ist, wird Kultur und Antibiogramm gemacht!)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bakterienkultur
und Antibiogramm | <input type="checkbox"/> Malaria (Blutparasiten)
mikroskopisch aus EDTA | <input type="checkbox"/> Streptokokken B
Screening und Antibiogramm |
| <input type="checkbox"/> Pilzkultur | <input type="checkbox"/> Parasiten/Wurmeier
mikroskopisch (Stuhl, Harn) | <input type="checkbox"/> Helicobacter pylori
Kultur und Antibiogramm |
| <input type="checkbox"/> Mikroskopie
Gram-Färbung | <input type="checkbox"/> Urogenitale Mykoplasmen/
Ureaplasmen | <input type="checkbox"/> Actinomyceten (Kultur) |
| <input type="checkbox"/> Mykobakterien (TBC, NTM)
Kultur und ZN -Färbung | <input type="checkbox"/> AOLC (Acridine Orange Leucocyte
Cytospin) aus EDTA | <input type="checkbox"/> Nocardien (Kultur) |

Telefonische Mitteilung:

Datum/Uhrzeit: _____
Mitteilung an (Name befugte Person): _____
Beschreibung: _____
Name/Unterschrift des IKM-Bearbeiters: _____

Fehlerhafte Einsendungen:

Anderes Material eingelangt/Kein Material angeführt:
Material: _____ **Paraphe:** _____
 Probe verworfen! Tel. mitgeteilt:
Grund: _____ **Paraphe:** _____

Telefonische Mitteilung:

Datum/Uhrzeit: _____
Mitteilung an (Name befugte Person): _____
Beschreibung: _____
Name/Unterschrift des IKM-Bearbeiters: _____

Fehlerhafte Einsendungen:

Anderes Material eingelangt/Kein Material angeführt:
Material: _____ **Paraphe:** _____
 Probe verworfen! Tel. mitgeteilt:
Grund: _____ **Paraphe:** _____