

STATIONS-BARCODE

Eingangsdatum

**Friedrich Loeffler-Institut für Medizinische Mikrobiologie**  
Direktor: Univ.-Prof. Dr. med. Karsten Becker

Sauerbruchstraße  
17475 Greifswald

Tel.: 03834 86-5552, -5580  
Fax 03834 86-5583

Hier auf <b>jedes Blatt</b> Patienten-Etikett kleben. Wenn nicht vorhanden, bitte ausfüllen:		Privatversichert <input type="checkbox"/>
Einsender		
Patientenname		
Vorname		Geschlecht m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/>
Geburtsdatum	Patienten-Nummer	

<b>Entnahme- datum</b>							
<b>Uhrzeit</b>							
Diagnose							
Antiinfektiöse Therapie seit wann:..... womit: .....							
Datum				Unterschrift des einsendenden Arztes			

**Bitte unbedingt  
vollständig ausfüllen**

## Untersuchung auf multiresistente Erreger (MRE)

Bitte jedes Material eindeutig mit Patientenetikett UND Materialbezeichnung beschriften!

### MRSA-Screening

nur bei Risikofaktoren lt. VA\*

- nur Kultur** (bei bekannt positiver MRSA Anamnese)  
Für das **PCR-Screening** nutzen Sie bitte den mandarinen-farben Anforderungsschein
- Nasenabstrich
  - Wundabstrich, Entnahmeort: .....

### MRSA-Kontrolluntersuchung

gezielt nach Therapie / Dekolonisation, siehe VA\*

- Kultur**
- Nasenabstrich
  - Wundabstrich, Entnahmeort: .....
  - .....
  - .....

### VRE-Screening

nur bei Risikofaktoren lt. VA\*

- Kultur**
- Stuhl oder
  - Rektalabstrich

### VRE-Therapiekontrolle

siehe VA\*

- Kultur**
- Stuhl oder
  - Rektalabstrich
  - .....
  - .....

### MRGN-Screening

nur bei Risikofaktoren lt. VA\*

- |  |  |
|--|--|
| <p><b>4 MRGN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Stuhl oder</li> <li><input type="checkbox"/> Rektalabstrich</li> <li><input type="checkbox"/> Rachenabstrich</li> <li><input type="checkbox"/> .....</li> <li><input type="checkbox"/> .....</li> </ul> | <p><b>3 MRGN, ESBL</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Stuhl oder</li> <li><input type="checkbox"/> Rektalabstrich</li> <li><input type="checkbox"/> Rachenabstrich</li> <li><input type="checkbox"/> .....</li> <li><input type="checkbox"/> .....</li> </ul> |
|--|--|

### MRGN-Therapiekontrolle

siehe VA\*

- |  |  |
|--|--|
| <p><b>4 MRGN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Stuhl oder</li> <li><input type="checkbox"/> Rektalabstrich</li> <li><input type="checkbox"/> Rachenabstrich</li> <li><input type="checkbox"/> .....</li> <li><input type="checkbox"/> .....</li> </ul> | <p><b>3 MRGN, ESBL</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Stuhl oder</li> <li><input type="checkbox"/> Rektalabstrich</li> <li><input type="checkbox"/> Rachenabstrich</li> <li><input type="checkbox"/> .....</li> <li><input type="checkbox"/> .....</li> </ul> |
|--|--|