

**INSTITUT FÜR MEDIZINISCHE MIKROBIOLOGIE
UNIVERSITÄTSKLINIKUM ESSEN**



**EINSENDESCHEIN
FÜR BAKTERIOLOGISCHE, MYKOLOGISCHE,
PARASITOLOGISCHE UND INFEKTIONSSEROLOGISCHE
UNTERSUCHUNGEN**

Prof. Dr. med. J. Buer, Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie
Institut für Medizinische Mikrobiologie, Universitätsklinikum Essen
Hufelandstraße 55, 45122 Essen, Tel. (02 01) 7 23-3519

EINSENDER	
Ruhrlandklinik, Bronchologische Ambulanz	Tel.-Nr.: 433 – 4219 Fax-Nr.: 433 - 1976
PATIENT (Aufkleber):	
Rechnung und Befund an: _____ (nur für BAL aus UK)	
UNTERSUCHUNGSMATERIAL	<input type="checkbox"/> Bronchialsekret BAL <input type="checkbox"/> _____
ENTNAHMESTELLE	<input type="checkbox"/> endobronchial <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> _____
ENTNAHMEDATUM _____	UHRZEIT _____
KLIN. DIAGNOSE	<input type="checkbox"/> Bronchitis <input type="checkbox"/> unklares Infiltrat <input type="checkbox"/> _____
ANTIBIOTIKA _____	
BESONDERES INFektionsRISIKO <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> SEHR EILIG (nur nach Rücksprache mit Labor 723-3513)	
Untersuchung auf:	Serologie:
<input type="checkbox"/> unspez. Keime, Pilze und Resistenz	<input type="checkbox"/> Lues
<input type="checkbox"/> Mykobakterien	<input type="checkbox"/> Legionella pneumophila (Urin)
<input type="checkbox"/> Darmparasiten	<input type="checkbox"/> Mycoplasma pneumoniae
<input type="checkbox"/> Darmpathogene Keime, C. difficile	<input type="checkbox"/> Echinokokken
<input type="checkbox"/> Sonderwünsche _____	<input type="checkbox"/> Toxoplasma gondii
_____	<input type="checkbox"/> Aspergillus AG (Serum, BAL)
Pro Untersuchung, pro Material und pro Patient einen Einsendeschein ausfüllen!	
_____ Datum	_____ Unterschrift des Einsenders (Arzt / Ärztin) PD Dr. med. K. Darwiche

IMMi FO	Änderung	durch	Freigabe	durch	
ID: 34389	29.08.2019	Heintschel von Heinegg, Evelyn	29.08.2019	Heintschel von Heinegg, Evelyn	Rev: 003/08.2019