

# Zusendung von humanem Primärmaterial / Kulturen ( nur ein Material pro Anforderungsschein )

**Nationales Referenzzentrum für Mykobakterien**  
 Forschungszentrum Borstel  
 Parkallee 38, 23845 Borstel

**Medizinische Leitung**  
 Dres. med. Friesen/Kuhns  
 Tel: 04537/188-2110, Fax: 04537/188-3110

**NRZ**  
Auftragsnummer

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Einsender         | <input type="checkbox"/> Privat (stationär) | <input type="checkbox"/> Kasse (Ü-Schein beilegen) |
| <input type="checkbox"/> Privat (ambulant) | <input type="checkbox"/> §116               |  |

Daten Patient				Einsender	
Nachname				Name Institut	
Vorname				Anschrift	
Straße					
PLZ / Wohnort					
Herkunftsland					
Geb.-Datum		Geschlecht	<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	Tel.	
Einsendedatum		Entnahmedatum		Fax	

**Diagnostisch relevante Angaben / Vorbefunde**

- |   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Mukoviszidose        | <input type="checkbox"/> HIV-Infektion                          | <input type="checkbox"/> Immunsuppression      | <input type="checkbox"/> Antibakterielle Therapie mit: _____ |
| <input type="checkbox"/> Verdacht TB          | <input type="checkbox"/> Verdacht MDR                           | <input type="checkbox"/> Verdacht NTM          |  |
| <input type="checkbox"/> Vorbefund TB         | <input type="checkbox"/> RMP-Resistenz bekannt                  | <input type="checkbox"/> INH-Resistenz bekannt |  |
| <input type="checkbox"/> Verlaufskontrolle TB | <input type="checkbox"/> Anti-TB Therapie seit _____ mit: _____ |  |  |

Ergebnis der Differenzierung (falls vorhanden): \_\_\_\_\_

**Kommentar**

**Untersuchungsmaterial (Siehe auch Präanalytik-Handbuch)**

- |                                      |   |  |   |
|--------------------------------------|---|--|---|
| Auftragsnummer des Einsenders: _____ | <input type="checkbox"/> Primärmaterial           | <input type="checkbox"/> Flüssigkultur | <input type="checkbox"/> Festkultur     |
|                                      | <input type="checkbox"/> Vorbehandeltes Material* | <input type="checkbox"/> DNA*          | <input type="checkbox"/> Paraffinblock* |
- \*Zusendung von Primärmaterial bevorzugt

Nicht steril	Steril
<input type="checkbox"/> Sputum	<input type="checkbox"/> Blut
<input type="checkbox"/> Bronchial/Trachealsekret	<input type="checkbox"/> Knochenmark
<input type="checkbox"/> BAL	<input type="checkbox"/> Liquor
<input type="checkbox"/> Geschützte Bürste	<input type="checkbox"/> EBUS (Biopsie)
<input type="checkbox"/> Magensekret	<input type="checkbox"/> Lymphknoten*
<input type="checkbox"/> Magenspülwasser	<input type="checkbox"/> Biopsie/Gewebe*
<input type="checkbox"/> Hautbiopsie*	<input type="checkbox"/> Pleurapunktat
<input type="checkbox"/> Urin (Morgenerin)	<input type="checkbox"/> Pleurabiopsie
<input type="checkbox"/> Menstrualblut/Sperma	<input type="checkbox"/> Perikardpunktat
<input type="checkbox"/> Stuhl	<input type="checkbox"/> Perikardbiopsie
<input type="checkbox"/> Abstrichtupfer (ungeeignet)	<input type="checkbox"/> Gelenkspirat
	<input type="checkbox"/> Aspirat / Punktat
	<input type="checkbox"/> Eiter*
	<input type="checkbox"/> Abszessspirat*
	<input type="checkbox"/> Sonstiges*
	<input type="checkbox"/> Abstrichtupfer (ungeeignet)

\*Organ (z. B. Lunge/Leber) und/oder den Entnahmeort (z. B. supraclaviculär rechts): \_\_\_\_\_

**Untersuchungsauftrag - Primärmaterial / DNA / Paraffinblöcke**

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> Kultureller Erregernachweis (Mikroskopie, Kultur auf Fest- u. Flüssigmedium, ggf. geno- und phänotypische Resistenz für MTBK, phänotypische Resistenz für NTM)   |
| <input type="checkbox"/> NAT (MTBK und RMP) <input type="checkbox"/> NAT (NTM) <input type="checkbox"/> NAT (RMP, INH) <input type="checkbox"/> NAT (Fluorquinolone, injizierbare Antibiotika) <input type="checkbox"/> Andere: _____ |

**Untersuchungsauftrag - Fest / Flüssigkultur**

- |   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Erreger  | <input type="checkbox"/> Erreger und ggf. Resistenz (geno- und phänotypisch) | <input type="checkbox"/> First line TB-Resistenz (geno- und phänotypisch) | <input type="checkbox"/> NTM-Resistenz |
| <input type="checkbox"/> Erweiterte TB-Resistenz für INH-resistentes Isolat           | <input type="checkbox"/> Second line TB-Resistenz (geno- und phänotypisch)   |   |  |
| <input type="checkbox"/> (Nach-) Testung folgender Antibiotika (bitte angeben): _____ |  |   |  |
| <input type="checkbox"/> NAT (RMP, INH)   | <input type="checkbox"/> NAT (Fluorquinolone, injizierbare Antibiotika)      | <input type="checkbox"/> Andere: _____                                    |  |
| <input type="checkbox"/> Typisierung/Vergleich der folgenden Stämme/Patienten: _____  |  |   |  |

Rechnungsadresse	Zusätzlicher Befundempfänger
<input type="checkbox"/> Rechnungsadresse entspricht Adresse des Einsenders	



0101