



Universitätsklinikum Essen

**INSTITUT FÜR MEDIZINISCHE MIKROBIOLOGIE
EINSENDESCHEIN
Hygienelabor**

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 23-3500, Hygiene-Labor Tel 0201 723 85427

Auftraggeber/Kostenstelle

Rechnung und Befund an:

Telefon:

UNTERSUCHUNGSSUBSTANZ:

ENTNAHMEDATUM: _____ ENTNAHMEPUNKT: _____ UHRZEIT: _____

Bei mehr als 6 Proben pro Schein bitte zweiten Einsendeschein ausfüllen. Sollten Sie Proben-Sammel-Aufkleber nutzen, bitte die unteren Felder dieses Scheins überkleben.

Gewünschte Untersuchung:

- | | |
|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Gesamtkeimzahl | <input type="checkbox"/> Resistenzbestimmung |
| <input type="checkbox"/> Bakterien | <input type="checkbox"/> MRSA |
| <input type="checkbox"/> Hefen | <input type="checkbox"/> VRE |
| <input type="checkbox"/> E.coli und coliforme Keime | <input type="checkbox"/> MRGN |
| <input type="checkbox"/> Pseudomonaden | <input type="checkbox"/> PH. EUR |
| <input type="checkbox"/> Legionellen | <input type="checkbox"/> GMP |
| <input type="checkbox"/> Intestinale Enterokokken | <input type="checkbox"/> DIN |
| <input type="checkbox"/> Keimzahl 20°C | <input type="checkbox"/> AK Blut |
| <input type="checkbox"/> Keimzahl 36°C | |
| <input type="checkbox"/> Mesophile Schimmelpilze | |
| <input type="checkbox"/> Thermotolerante Schimmelpilze | |
| <input type="checkbox"/> Spezielle Fragestellung: _____ | |

Qualitätskontrolle:

- Erykonzentrat
- Thrombozytenkonzentrat
- Frischplasma
- Zytostatikaauflösung
- Apothekenlösungen
- ZePaS
- Letztes Spülwasser
- Endoskopspülflüssigkeit
- Endoskopabstrich
- Bioindikator
- Kindernahrung

Abklatschprobe

Lokalisation/Nummer

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.

Abstrich

Lokalisation/Nummer

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.

Flüssigkeitsprobe

Lokalisation/Nummer

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.

Luftprobe

Lokalisation/Nummer

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.

Bemerkungen:

Datum: _____ Unterschrift /Stempel des Einsenders _____ Tel: _____

* Mit der Beauftragung werden die AGBs und die aktuelle Preisliste, einsehbar unter:

www.uk-essen.de/mikrobiologie , akzeptiert.