

Untersuchungsauftrag

Phagogramm als medizinische Labordienstleistung für ÄrztInnen

- einschließlich bakteriologische Untersuchung und Antibiogrammerstellung -

Auftraggeber (Arzt / Ärztin) (Stempel oder Blockschrift)

Name, Vorname	
Straße	
PLZ	Ort
E-Mail	
Telefon	

PatientInnendaten

Name, Vorname	
Straße	
PLZ	Ort
E-Mail	
Telefon	

Gewünschte Untersuchung(en) (bitte ankreuzen und ergänzen)

Bakteriologische Untersuchung inkl. Antibiogrammerstellung und			
☐ Phagogramm	☐ Phagogramm mit Titerbestimmung		
Testung auf folgende Phagensuspensionen:			
☐ Phago-Enko	☐ Phago-Pyo	☐ Phago-Ses	☐ _____
☐ Phago-Fersisi	☐ Phago-Intesti	☐ Phago-Staph	☐ _____
Einlagerung der identifizierten Bakterien für eventuelle Nachuntersuchungen (Aufbewahrungsdauer: 6 Monate, kostenpflichtig):			
☐ Ja	☐ Nein		

Lokalisation

☐ Wunde: _____	☐ Urin	☐ Atemtrakt
Entnahmedatum: _____ Verdachtsdiagnose: _____		

Benachrichtigung per (bitte ankreuzen)

☐ E-Mail	☐ Post
---------------------------------	-------------------------------

Rechnungsstellung an (bitte ankreuzen)

☐ Arzt / Ärztin	☐ PatientIn
--	------------------------------------

Probenversand

Bitte senden Sie den Tupfer in einem Medium, um ein Austrocknen zu verhindern.

Ergebnis und weiteres Vorgehen

Die Bearbeitungsdauer liegt bei 5-7 Werktagen.
Die bakteriologische Untersuchung ist nach DIN/ISO 17025:2018 akkreditiert. Die Empfindlichkeitsprüfung erfolgt nach den am Eliava-Institut, Tbilisi, Georgien, etablierten, standardisierten Verfahren und unter Verwendung interner Kontrollen.
Das Phagogramm ist ein nicht akkreditiertes Verfahren.

Kosten

Die Abrechnung erfolgt nach GoÄ mit dem 1,3-fachen Satz.

Kostenübernahmeerklärung

Hiermit beauftrage ich Sie, die oben ausgewählte(n) Untersuchung(en) durchzuführen. Mit meiner Unterschrift erkenne ich die Allgemein Geschäftsbedingungen (<http://phagen-zentrum.de>) an und erkläre mich bereit, die anfallenden Kosten zu übernehmen. Bei Rechnungsstellung an den Patienten ist die vollständige Adresse und dessen Unterschrift erforderlich.
Mir ist bekannt, dass eine Erstattung durch die gesetzliche Krankenversicherung nicht möglich ist.
Ihre personenbezogenen Daten werden zum Zwecke der Bearbeitung Ihres Auftrages gemäß unserer Hinweise zur Datenverarbeitung von uns verarbeitet. Einzelheiten zur Verarbeitung und zu Ihren Rechten können Sie unter www.phagen-zentrum.de/datenschutzerklaerung-2/ nachlesen.



Ort, Datum, Unterschrift Ärztin/Arzt

Ort, Datum, Unterschrift RechnungsempfängerIn