

Universitätsmedizin Rostock Institut für Medizinische Mikrobiologie, Virologie und Hygiene Institutsdirektor: Univ.-Prof. Dr. Dr. Andreas Podbielski Schillingallee 70, 18057 Rostock Sekretariat: 0381/494-59 01, Fax.0381/494-5902 Hygiene-Labor Tel. 0381/494-5797, Fax. 0381/494-5951		Einsender: (Name, Adresse, Tel.)	
Untersuchungsantrag - Krankenhaushygiene			
Datum/Uhrzeit Probenahme:	Probenehmer:	Datum/Uhrzeit Laboreingang:	Auftrags-/Labor-Nr.:
Spezielle Fragestellung:			
Umgebungsuntersuchung*			
<input type="checkbox"/> ___ Abklatschplatte(n)	<input type="checkbox"/> ___ Abstrich(e)	<input type="checkbox"/> ___ Luftkeimzahl(en)	<input type="checkbox"/> _____
Mikrobiologische Überprüfung von Sterilisatoren, Reinigungs-Desinfektionsgeräte, Geschirrspülmaschinen und Waschmaschinen*			
<input type="checkbox"/> Heißluftsterilisation <input type="checkbox"/> Dampfsterilisation	<input type="checkbox"/> Überprüfung von RDG	<input type="checkbox"/> Überprüfung von Geschirrspülmaschinen	<input type="checkbox"/> Überprüfung von Waschmaschinen
Endoskope			
<input type="checkbox"/> Bronchoskop <input type="checkbox"/> Koloskop <input type="checkbox"/> Gastroskop <input type="checkbox"/> Duodenoskop <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> RDG-E <input type="checkbox"/> Endowasher	Typ: Nr.	<input type="checkbox"/> Abstrich Optik <input type="checkbox"/> Abstrich Albarranhebel <input type="checkbox"/> Instrumentier-/Absaugkanal <input type="checkbox"/> Luft-/Wasserkanal <input type="checkbox"/> Seilführungskanal <input type="checkbox"/> Optikspüllösung <input type="checkbox"/> Spülflüssigkeit <input type="checkbox"/> letztes Spülwasser	
Wasser aus Wasser führenden Systemen*			
<input type="checkbox"/> Umkehrosmosewasser <input type="checkbox"/> VE-Wasser <input type="checkbox"/> Reinstwasser <input type="checkbox"/> Permeat <input type="checkbox"/> Dialysierflüssigkeit <input type="checkbox"/> Dialysat	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Probenvolumen: _____ ml		
Untersuchung von Muttermilch		Untersuchung von Säuglingsnahrung	
Gewicht des Kindes: _____ g		Produktname: _____	
Untersuchung auf			
<input type="checkbox"/> Sterilität	<input type="checkbox"/> Bakterien	<input type="checkbox"/> Antibiogramm	
<input type="checkbox"/> Gesamtkeimzahl	<input type="checkbox"/> Pilze	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

* Für einige dieser Untersuchungen sind Zusatzinformationen zu dokumentieren. Die dafür erforderlichen spezifischen Untersuchungsscheine sind über das Labor für Hygiene erhältlich