



Dieser Fragebogen erfasst den Einsatz diagnostischer Maßnahmen am Beispiel von mikrobiologischen Untersuchungen (Teil I) und bildgebenden Verfahren (Teil II). Der Bogen soll **einmalig bei Entlassung** des Patienten ausgefüllt werden.

Datum.

□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---

**Teil I: Mikrobiologische Untersuchungen****DI1a. Verfahren (zutreffendes bitte ankreuzen!):**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kulturen → woraus?                              | <input type="checkbox"/> Resistenztestung |
| <input type="checkbox"/> Abstriche → von wo?                             | <input type="checkbox"/> Resistenztestung |
| <input type="checkbox"/> Virologische Nachweisverfahren                  |   |
| <input type="checkbox"/> Mykologische Nachweisverfahren                  |   |
| <input type="checkbox"/> Andere, z.B. DNA - oder PCR- basierte Verfahren |   |

Art der Probe / von wo entnommen?

**DI1b. Technisch-analytisch verwertbares Ergebnis?** Ja Nein**DI2. Welche therapeutischen Konsequenzen wurden aus dem Laborergebnis gezogen?**

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> Verordnung einer Antibiose (welche?) |
| <input type="checkbox"/> Verzicht auf eine Antibiose          |
| <input type="checkbox"/> Generelle prognostische Neubewertung |
| <input type="checkbox"/> Keine Konsequenzen                   |

 Sonstige Konsequenzen:**Teil II: Bildgebende Verfahren****DI3a. Sonografie:**

- |                                     |  |                                 |                                 |
|-------------------------------------|--|---------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> B-Mode     | <input type="checkbox"/> Doppler /Duplex |                                 |                                 |
| <input type="checkbox"/> Abdomen    | <input type="checkbox"/> Harnblase       | <input type="checkbox"/> Pleura | <input type="checkbox"/> Gefäße |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: |  |                                 |                                 |

**DI3b. Technisch-analytisch verwertbares Ergebnis?** Ja Nein**DI4a. Konventionelles Röntgen:**

- |                                    |   |                              |                                       |
|------------------------------------|---|------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Thorax    | <input type="checkbox"/> Abdomenübersicht | <input type="checkbox"/> MDP | <input type="checkbox"/> Extremitäten |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: |   |                              |                                       |

**DI4b. Technisch-analytisch verwertbares Ergebnis?** Ja Nein**DI5a. CT / MRT:**

- |                                    |                                 |                                  |                                 |
|------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hals      | <input type="checkbox"/> Thorax | <input type="checkbox"/> Abdomen | <input type="checkbox"/> Becken |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: |                                 |                                  |                                 |

**DI5b. Technisch-analytisch verwertbares Ergebnis?** Ja Nein**DI6a. Nuklearmedizinische Bildgebung:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Szintigrafie: | <input type="checkbox"/> PET                 |
| <input type="checkbox"/> Skelett       | <input type="checkbox"/> Sonstige Szinti     |
|  | <input type="checkbox"/> Sonstige Verfahren: |

**DI6b. Technisch-analytisch verwertbares Ergebnis?** Ja Nein**DI7a. Welche Probleme traten auf bei der Durchführung**

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> Schmerzen durch die Untersuchung           |
| <input type="checkbox"/> Transport- oder Lagerungsprobleme          |
| <input type="checkbox"/> Ruhebedürfnis des Patienten                |
| <input type="checkbox"/> Probleme mit enteralem Kontrastmittel      |
| <input type="checkbox"/> Kontraindikation gegen i.v. Kontrastmittel |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: Probleme                         |

**DI7b. Welche Probleme traten auf bei der Beurteilbarkeit**

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> Meteorismus        |
| <input type="checkbox"/> Adipositas         |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Probleme: |

**DI8. Welche therapeutischen Konsequenzen wurden aus der Bildgebung gezogen?**

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> Nachfolgendes invasives Verfahren (Punktion, Endoskopie, Blasenkatheter, ...)                      |
| <input type="checkbox"/> Nachfolgendes nichtinvasives Verfahren (Abführmaßnahmen, Ileustherapie, Diuretika, Antibiose, ...) |
| <input type="checkbox"/> Generelle prognostische Neubewertung   |
| <input type="checkbox"/> Keine Konsequenzen   |
| <input type="checkbox"/> Andere Konsequenzen:   |

**DI9. Wer füllt aus?**

- |  |                                      |   |
|--|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Arzt / Ärztin | <input type="checkbox"/> Pflegende/r | <input type="checkbox"/> Sonstige Mitarbeiter |
|--|--------------------------------------|---|