



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 |
|--|--------------------------------------|---|