

Patient/in Patienten-Etikett hier einkleben oder maschinell beschriften, falls nicht vorhanden bitte in BLOCKSCHRIFT ausfüllen!

Name _____ Vorname _____
Straße / Hsnr. _____
PLZ _____ Ort _____
Aufnahme-Nr. _____ Geschlecht weibl. männl.
Geburtsdatum _____

Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie, Infektionsepidemiologie,
Virologie, Transfusionsmedizin, Humangenetik GbR

Tomphecke 45, 41169 Mönchengladbach
Fon 0 21 61 / 81 94 0, Fax 0 21 61 / 81 94 50
www.labor-stein.de



Infektionsdiagnostik (Serologie/ Molekularbiologie)



000140040142

STATUSANGABEN

NOTFALL (nur nach telefonischer Anmeldung)

Fax-Befundübermittlung Telefonische Befundübermittlung

***BG:** Bitte legen Sie dem Auftrag folgende wichtige Informationen bei:
D-Arzt-Bericht in Kopie, Name der Berufsgenossenschaft und Aktenzeichen!

Verlaufskontrolle Auftragsnummer Vorbefund: _____

Duplikatbefund an den Betriebsarzt.
Vollständige zusätzliche Befundadresse bitte eintragen:

Einsender _____ **Station (Kostenstelle)** _____

Abrechnungsart
 privat ambulant
 BG* stationär

Datum / Unterschrift Ärztin / Arzt _____

Diagnose: _____

Antibiotika: _____

Material: Liquor (L) Punktat: _____
 Serum (S) Biopsie (Lokalisation) _____
 EDTA-Blut (E) Bronchiallavage (BAL)
 Stuhl (St) Nasen-Rachen-Abstrich Abstrich (Ab): _____
 Urin (U) Sputum (Spu) (Lokalisation) _____

ANFORDERUNGEN *Eilige Untersuchungen an Sonn- und Feiertagen: Bitte telefonische Anmeldung und Probeneingang vor 14.00 h beachten!*

Virologie	Infektionsserologie	Multiplex PCR	Pränatalinfektion
Direktnachweis, PCR <input type="checkbox"/> Adenovirus DNA Ab, St <input type="checkbox"/> BK-Virus (Polyomavirus 1)DNA E, S, U, L <input type="checkbox"/> CMV-DNA quantitativ E, S, L <input type="checkbox"/> EBV-DNA E, S, L <input type="checkbox"/> Enteroviren-RNA E, S, BAL, L (Coxsackie, Echo, Polio) <input type="checkbox"/> Hepatitis B-DNA quantitativ E, S <input type="checkbox"/> Hepatitis C-RNA quantitativ E, S <input type="checkbox"/> Hepatitis C-RNA Typisierung E, S <input type="checkbox"/> HIV-RNA quantitativ E, S <input type="checkbox"/> HPV mit DNA -Typisierung Ab <input type="checkbox"/> HSV-1/2-DNA E, S, NaRaAb, L <input type="checkbox"/> Influenza A/B-Ag NaRaAb <input type="checkbox"/> Influenza A/B-RNA NaRaAb <input type="checkbox"/> JC-Virus (Polyomavirus 2) DNA E, S, U, L <input type="checkbox"/> Norovirus RNA St <input type="checkbox"/> Parvovirus B19-DNA E, S <input type="checkbox"/> Rotavirus RNA St <input type="checkbox"/> RSV-RNA NaRaAb, BAL, E <input type="checkbox"/> RSV-Ag NaRaAb, BAL <input type="checkbox"/> VZV-DNA E, S, L	Antikörper-, Antigen- Nachweis <input type="checkbox"/> Adenoviren-Ak S <input type="checkbox"/> Bordetella-Ak S <input type="checkbox"/> Bartonella henselae-Ak S <input type="checkbox"/> Borrelien-Ak S, L <input type="checkbox"/> Borrelien-Ak Immunoblot S <input type="checkbox"/> Brucellen-Ak S <input type="checkbox"/> Campylobacter-Ak S <input type="checkbox"/> Candida-Ak S <input type="checkbox"/> Chlamydia pneumoniae-Ak S <input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis-Ak S <input type="checkbox"/> CMV-Ak S, L <input type="checkbox"/> Coxiella-Ak (Q-Fieber) S <input type="checkbox"/> EBV-Ak S, L <input type="checkbox"/> Enteroviren-Ak (Coxsackie/Echo) S, L <input type="checkbox"/> FSME-Ak S, L <input type="checkbox"/> Hantavirus-Ak S <input type="checkbox"/> Helicobacter-Ak S <input type="checkbox"/> Hepatitis A-Ak S <input type="checkbox"/> Hepatitis Bs-Ag S <input type="checkbox"/> Hepatitis Bs-Ak S <input type="checkbox"/> Hepatitis C-Ag S <input type="checkbox"/> Hepatitis C-Ak S <input type="checkbox"/> Hepatitis D-Ak S <input type="checkbox"/> Hepatitis E-Ak S <input type="checkbox"/> HIV-1/2-Ak S <input type="checkbox"/> HSV-1/2-Ak S, L <input type="checkbox"/> Influenza A/B-Ak S <input type="checkbox"/> Legionellen-Ak S <input type="checkbox"/> Leptospiren-Ak S <input type="checkbox"/> Masern IgM-Ak S, L <input type="checkbox"/> Mumps-Ak S, L <input type="checkbox"/> Mycobakterien T-Zell-Stimulation*(IGRA) S <input type="checkbox"/> Mycoplasma pneumoniae-Ak S <input type="checkbox"/> Parainfluenza 1-3-Ak S <input type="checkbox"/> Parvovirus B19-Ak S <input type="checkbox"/> Röteln-Ak S, L <input type="checkbox"/> RSV-Ak S <input type="checkbox"/> Salmonellen-Ak L <input type="checkbox"/> Shigellen-Ak S <input type="checkbox"/> Toxoplasmose-Ak S, L <input type="checkbox"/> Treponema pallidum Ak (TPHA) S <input type="checkbox"/> VZV-Ak S, L <input type="checkbox"/> Yersinien-Ak S	<input type="checkbox"/> Respiratorische Infektion Spu, Ab, BAL, etc. Parainfluenza 1-4, Coronaviren (OC43, 229E, NL63, HKU1), Influenza A/B/H1N1, RSV A/B, Rhinoviren, Adenoviren, Bocavirus, Humanes Metapneumovirus <input type="checkbox"/> Gastrointestinale Infektion St Adenovirus 40/41, Rotavirus A, Norovirus GI/GII, Astrovirus, Salmonella spp., Shigella spp., Campylobacter spp., Yersinia enterocolitica, Enterotoxische E. coli (ETEC) I/II/ST Shiga-artiges Toxin produzierendes E. coli (STEC) stx1/stx2, Clostridium difficile Toxin A/B, Giardia lamblia, Cryptosporidium spp., Entamoeba histolytica	<input type="checkbox"/> CMV-Ak IgG, IgM S <input type="checkbox"/> HIV-1/2-Ak S <input type="checkbox"/> HSV-1/2-Ak IgG, IgM S <input type="checkbox"/> Listerien-PCR Material: Mekonium, etc. <input type="checkbox"/> Parvovirus B19-Ak IgG, IgM S <input type="checkbox"/> Röteln-Ak IgG, IgM S <input type="checkbox"/> Toxoplasmose-Ak IgG, IgM S <input type="checkbox"/> Treponemen palladium Ak (TPHA) S <input type="checkbox"/> VZV-Ak IgG, IgM S <input type="checkbox"/> KITA -Personal Immunstatus S <small>Kinderbetreuende Einrichtungen</small> (Bordetella pertussis IgG, CMV IgG, Hepatitis A IgG/IgM, Hepatitis Bc IgG/IgM, Hepatitis Bs IgG, Masern IgG, Mumps IgG, Parvovirus B19 IgG, Röteln IgG, VZV IgG) <input type="checkbox"/> Arthritis S (Borrelien-Ak, Brucellen-Ak, Campylobacter-Ak, Chlamydia trachomatis-Ak, Parvovirus B19-Ak, Röteln-Ak, Salmonellen-Ak, Shigellen-Ak, Yersinien-Ak)
Mykologie Antigen-Nachweis (Ag) <input type="checkbox"/> Beta-D-Glucan S <input type="checkbox"/> Candida-Ag S <input type="checkbox"/> Cryptokokken-Ag L, S <input type="checkbox"/> Galactomannan-Ag (Asperg.) BAL, S	<input type="checkbox"/> Chlamydia pneumoniae DNA BAL <input type="checkbox"/> CMV-DNA E, U, L <input type="checkbox"/> Cryptokokken-Ag L <input type="checkbox"/> EBV-DNA E, L <input type="checkbox"/> HSV-1/2-DNA L <input type="checkbox"/> Influenza A/B-RNA Ab, BAL <input type="checkbox"/> Mycoplasma pneumoniae DNA BAL <input type="checkbox"/> Pneumocystis jiroveci DNA BAL <input type="checkbox"/> VZV-DNA L	<input type="checkbox"/> ZNS Infektion / Direktnachweis PCR <input type="checkbox"/> Enteroviren-RNA (Coxsackie, Echo, Polio) L <input type="checkbox"/> Herpesviren-DNA (HSV-1/2, CMV, EBV, VZV) L	<input type="checkbox"/> Reiserückkehr <input type="checkbox"/> Dengue-NS1-Ag (akut fieberhafte Erkrankung) S <input type="checkbox"/> Dengue-Virus-Ak (Z. n. fieberhafter Erkrankung) S <input type="checkbox"/> Malaria-Diagnostik (akut fieberhafte Erkrankung) E <input type="checkbox"/> Malaria-Ak (Z. n. fieberhafter Erkrankung) S
Eilige Untersuchungen an Sonn- und Feiertagen. *Bitte telefonische Anmeldung. Probe bis 14.00h*		RUP Nadelstichverletzung <small>Regel-Untersuchungs-Programm Kostenübernahme BG</small> Am Unfalltag: <input type="checkbox"/> NICHT gegen Hepatitis B geimpft (Anti-HCV, Anti-HIV, Anti-HBc*, Anti-HBs*) S <input type="checkbox"/> gegen Hepatitis B geimpft (Anti-HCV, Anti-HIV) S <small>*nicht erforderlich, wenn beim Verletzten innerhalb der letzten 10 Jahre ein Anti-HBs-Wert \geq 100IE/l gemessen wurde.</small> Nach 2 bis 4 Wochen: <small>(nur bei sicher Hep-C-pos. Indexpatienten)</small> <input type="checkbox"/> Indexpatient: Anti-HCV positiv (Hep-C-RNA qualitativ) E	Sonstige Untersuchungen <small>Bitte Feld stricheln und Auftrag ergänzen:</small> <input type="checkbox"/>

*= Spezialröhrchen (bitte anfordern!)