



**Hier soll der Barcode sein.**

**SEROLOGIE / VIROLOGIE**

**Entnahmetag**

Mo Di Mi Do Fr Sa So

**Entnahmezeit**

\_\_\_\_:\_\_\_\_ Uhr

**Einsendende Station (UKE)**

1	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
2										
3										
4										
5										

<input type="checkbox"/> Blut/Ser.	<input type="checkbox"/> Liquor	<input type="checkbox"/> Stuhl	<input type="checkbox"/> Ser./Liquor
<input type="checkbox"/> Hep.-Blut	<input type="checkbox"/> BAL	<input type="checkbox"/> Urin	<input type="checkbox"/> Sonstige
<input type="checkbox"/> EDTA	<input type="checkbox"/> Vaginal	<input type="checkbox"/> Abstrich	<input type="checkbox"/> Mundspül.
<input type="checkbox"/> Punktat	<input type="checkbox"/> Sputum	<input type="checkbox"/> TrachSek	<input type="checkbox"/> Biopsie

**PATIENTENANGABEN**

Name / Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Geschlecht: männl.  weibl.

Straße: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

Kostenträger / Versicherterstatus: MVZ   
privat

Einsender: (falls nicht UKE) \_\_\_\_\_

Untersuchungs-material: \_\_\_\_\_

Gewünschte Untersuchung: \_\_\_\_\_

Diagnose: \_\_\_\_\_

CITO

Unterschrift des einsendenden Arztes \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

TB - Serologie	Bakterienserologie	Virusserologie	PCR-Diagnostik
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Antistaphylolysin	<input type="checkbox"/> Adenoviren	<input type="checkbox"/> Adenovirus / Typisierung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Antistreptolysin	<input type="checkbox"/> KBR	<input type="checkbox"/> Enteroviren / Typisierung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ASE	<input type="checkbox"/> Ag-EIA (Stuhlprobe)	<input type="checkbox"/> CMV
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ADNase	<input type="checkbox"/> Coxsackiev. (KBR)	<input type="checkbox"/> EBV
<input type="checkbox"/> TB-QuantiferON	<input type="checkbox"/> Borreliose	<input type="checkbox"/> Cytomegaliev.	<input type="checkbox"/> HHV6
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> IgG	<input type="checkbox"/> IgG (EIA)	<input type="checkbox"/> HHV8
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> IgM	<input type="checkbox"/> IgM (EIA)	<input type="checkbox"/> HSV / Typisierung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Immunoblot	<input type="checkbox"/> HIV (HIV-Serologie s. extra Anforderungsb.)	<input type="checkbox"/> VZV
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Brucellose (EIA)	<input type="checkbox"/> Infu. A u. B	<input type="checkbox"/> Parvovirus B19
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Lg.-Ag. Nw im Urin (EIA)	<input type="checkbox"/> Typ A (KBR)	<input type="checkbox"/> Polyoma (BK/JC)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Leptospirose (EIA)	<input type="checkbox"/> Typ B (KBR)	<input type="checkbox"/> Astrovirus
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Mykoplasmen (EIA)	<input type="checkbox"/> Masern	<input type="checkbox"/> Norwalkvirus / Typisierung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> M. pneumoniae	<input type="checkbox"/> IgG (EIA)	<input type="checkbox"/> Chlam. trachomatis
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pertussis (EIA)	<input type="checkbox"/> IgM (EIA)	<input type="checkbox"/> HPV / Typisierung (Papilloma)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Q-Fieber (EIA)	<input type="checkbox"/> VCA-IgM (EIA)	<input type="checkbox"/> Pneumonie: (Multi-PCR)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Salmonellose (Widal)	<input type="checkbox"/> EA-IgG (EIA)	<input type="checkbox"/> Chlam. pneumoniae
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Syphilis	<input type="checkbox"/> EBNA-IgG (EIA)	<input type="checkbox"/> Corona (SARS)
<input type="checkbox"/> Pilzserologie	<input type="checkbox"/> KBR	<input type="checkbox"/> EBV-IgG * (EIA)	<input type="checkbox"/> Influenza Typ A/B
<input type="checkbox"/> Aspergill.-Mykose	<input type="checkbox"/> C. trach. (IgG)	<input type="checkbox"/> EBV-IgM * (EIA)	<input type="checkbox"/> Metapneumoviren
<input type="checkbox"/> Ag.-Nachw. (Latex)	<input type="checkbox"/> C. pneu. (IgG)	<input type="checkbox"/> * Ganzviruslysat	<input type="checkbox"/> Mykopl. pneumoniae
<input type="checkbox"/> Ag.-Nachw. (EIA)	<input type="checkbox"/> Fleckfieber (Widal)	<input type="checkbox"/> Enterov. (KBR)	<input type="checkbox"/> Parainfluenza Typ 1/3
<input type="checkbox"/> Cryptoc.-Mykose	<input type="checkbox"/> Yersiniose (Widal)	<input type="checkbox"/> FSME (EIA)	<input type="checkbox"/> RS-Virus
<input type="checkbox"/> Ag.-Nachw. (Latex)	<input type="checkbox"/> Serotyp O:3	<input type="checkbox"/> D1	<input type="checkbox"/> Ureaplasma
<input type="checkbox"/> Candida-Mykose	<input type="checkbox"/> Serotyp O:9	<input type="checkbox"/> D2	<input type="checkbox"/> Toxoplasmen
<input type="checkbox"/> Ag.-Nachw. (EIA)	<input type="checkbox"/> Y. pseudotuberculosis	<input type="checkbox"/> D3	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Immunoblot		
<input type="checkbox"/> A1	<input type="checkbox"/> C1		
<input type="checkbox"/> A2	<input type="checkbox"/> C2		

**DIESER BEREICH WIRD VOM LABOR AUSGEFÜLLT**

Klin. Angaben	Uveit./Konj.	Gastrointestinal	Harnw./Genitalien
<input type="checkbox"/> Ausschl. von	<input type="checkbox"/> GBS	<input type="checkbox"/> Infekt. d. Mutter	<input type="checkbox"/> Sonstige Indikation
<input type="checkbox"/> Infekt.	<input type="checkbox"/> Hydroceph.	<input type="checkbox"/> konnat. Infekt.	<input type="checkbox"/> Auslandsaufenthalt
<input type="checkbox"/> Verdacht auf	<input type="checkbox"/> Intrakran. Verkalk.	<input type="checkbox"/> STORCH	<input type="checkbox"/> Nephritis
<input type="checkbox"/> Zustand nach	<input type="checkbox"/> Krämpfe	<input type="checkbox"/> TORCH	<input type="checkbox"/> Zusatzangabe
<input type="checkbox"/> Verlaufs-k.	<input type="checkbox"/> Meningitis		<input type="checkbox"/> prOP <input type="checkbox"/> poOP
<input type="checkbox"/> wie bisher	<input type="checkbox"/> Neurolues	<input type="checkbox"/> Haut	<input type="checkbox"/> Patientenkontakt
<input type="checkbox"/> Hep. V.	<input type="checkbox"/> Polyneuropathie	<input type="checkbox"/> Abszess	<input type="checkbox"/> Cito <input type="checkbox"/> kAng
<input type="checkbox"/> Kard. V.	<input type="checkbox"/> Radiculitis	<input type="checkbox"/> Erysipel	<input type="checkbox"/> sonst. <input type="checkbox"/> Schwangerschaft
<input type="checkbox"/> Lymph. V.	<input type="checkbox"/> so. deg. Sys. Erkr.	<input type="checkbox"/> Eryth. chr. migr.	<input type="checkbox"/> Umgebungsuntersuchung
<input type="checkbox"/> Neuro. V.	<input type="checkbox"/> sonst. Parese	<input type="checkbox"/> Exanthem	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Phlegmone	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Primäraff. (Syph.)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Psoriasis	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Skleroderm.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ulcera	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Zeckenbiß	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Urtikaria	