

INSTITUT FÜR MEDIZINISCHE GENETIK UND MOLEKULARE MEDIZIN

Praxisgemeinschaft Dres. Alexander & Helena Jung

Paul-Schallück-Str. 8 50939 Köln (Sülz)

Tel. 0221/942013-0 Fax 0221/94201331

Email: drjung@online.de

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Einsender (Stempel)

Privatpatient → Rechnung an Patient	<input type="checkbox"/>
Privatpatient → Rechnung an Einsender	<input type="checkbox"/>
stationärer Patient..... → Rechnung an Pflegekostenabteilung	<input type="checkbox"/>
amb. Kassenpatient → Überweisung mitsenden	<input type="checkbox"/>

INFEKTILOGIE		
Antikörper-Nachweise (Infektions-Serologie)	Mikrobiologie / Kultur Erreger & Resistenz	Erreger-Direktnachweise (Molekulare Infektiologie)

Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	schwanger: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: _____ SSW	Abnahmedatum:
---	---	---------------

Klinische Angaben / Anamnese / Hinweise:

Untersuchungsmaterial:

<input type="checkbox"/> EDTA-Plasma	<input type="checkbox"/> Serum	<input type="checkbox"/> Fruchtwasser	<input type="checkbox"/> Urin	<input type="checkbox"/> Sonstiges:
<input type="checkbox"/> BAL	<input type="checkbox"/> Sputum	<input type="checkbox"/> Trachealsekret	<input type="checkbox"/> Liquor	
<input type="checkbox"/> Abstrich	<input type="checkbox"/> Biopsie	<input type="checkbox"/> Punktat		

Untersuchungsanforderung (Analyt):

Serologische Nachweise (Serum, Plasma)	Molekulargenetische Direktnachweise (Material)
<input type="checkbox"/> Borrelien-Ak <input type="checkbox"/> CMV IgM <input type="checkbox"/> CMV IgG <input type="checkbox"/> CMV IgG Avidität <input type="checkbox"/> EBV IgM <input type="checkbox"/> EBV IgG <input type="checkbox"/> EBV IgA <input type="checkbox"/> EBV IgG Avidität <input type="checkbox"/> HSV1/2 IgM <input type="checkbox"/> HSV1/2 IgG <input type="checkbox"/> HIV 1/2 Ak + p24 Ag <input type="checkbox"/> Listerien-Ak <input type="checkbox"/> Masern-IgG <input type="checkbox"/> Masern-IgM <input type="checkbox"/> Mumps-IgG <input type="checkbox"/> Mumps-IgM <input type="checkbox"/> Parvovirus B19 IgM <input type="checkbox"/> Parvovirus B19 IgG <input type="checkbox"/> PTORCH <input type="checkbox"/> Sonstiges:	<input type="checkbox"/> Röteln IgM <input type="checkbox"/> Röteln IgG <input type="checkbox"/> Toxoplasma IgM <input type="checkbox"/> Toxoplasma IgG <input type="checkbox"/> Toxoplasma IgG Avidität <input type="checkbox"/> Treponemen-Ak <input type="checkbox"/> VZV-IgM <input type="checkbox"/> VZV-IgG <div style="background-color: #e0e0e0; padding: 2px;">Hepatitis-Diagnostik</div> <input type="checkbox"/> HAV IgM <input type="checkbox"/> HAV IgG <input type="checkbox"/> HBV-Screening (HBsAg/HBcAk) <input type="checkbox"/> HBsAg <input type="checkbox"/> HBsAk (Titer) <input type="checkbox"/> HBcAk <input type="checkbox"/> HBcAk IgM <input type="checkbox"/> HBeAg <input type="checkbox"/> HBeAk <input type="checkbox"/> HCV-Ak
	<input type="checkbox"/> Bordetella pertussis / parapertussis <i>(Rachenabstrich)</i> <input type="checkbox"/> Borrelia burgdorferi <i>(Punktat, Biopsie, Liquor)</i> <input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis <i>(Urin, Abstrich / BAL, Trachealsekret, Sputum)</i> <input type="checkbox"/> Chlamydia pneumoniae <i>(BAL, Trachealsekret, Sputum)</i> <input type="checkbox"/> Cytomegalie-Virus / CMV <i>(EDTA-Blut, Fruchtwasser, 2 ml)</i> <input type="checkbox"/> Epstein-Barr-Virus / EBV <i>(EDTA-Blut, 2 ml, Biopsie)</i> <input type="checkbox"/> Hepatitis-B-Virus / HBV <i>(EDTA-Blut, Serum, 2 ml)</i> <input type="checkbox"/> Hepatitis-C-Virus / HCV <i>(EDTA-Blut, Serum, 2 ml)</i> <input type="checkbox"/> Hepatitis-D-Virus / HDV <i>(EDTA-Blut, Serum, 2 ml)</i> <input type="checkbox"/> Herpes-simplex-Virus / HSV Typ 1 / 2 <i>(Abstrich)</i> <input type="checkbox"/> Human Immunodeficiency Virus / HIV <i>(EDTA-Blut, 2 ml)</i> <input type="checkbox"/> Humanes-Papilloma-Virus / HPV <i>(Abstrich)</i> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <input type="checkbox"/> Typisierung <input type="checkbox"/> Screening </div> <input type="checkbox"/> Mycoplasma pneumoniae <i>(BAL, Trachealsekret, Sputum)</i> <input type="checkbox"/> Mycoplasma genitalium <i>(Abstrich)</i> <input type="checkbox"/> Mycoplasma hominis <i>(Abstrich / BAL, Trachealsekret, Sputum)</i> <input type="checkbox"/> Neisseria gonorrhoeae <i>(Abstrich)</i> <input type="checkbox"/> Parvovirus B19 <i>(EDTA-Blut, Fruchtwasser, 2 ml)</i> <input type="checkbox"/> Röteln- (Rubella-) Virus <i>(EDTA-Blut, Fruchtwasser, 2 ml)</i> <input type="checkbox"/> Toxoplasma gondii <i>(Fruchtwasser, 2 ml)</i> <input type="checkbox"/> Ureaplasma urealyticum / parvum <i>(Abstrich / BAL, Trachealsekret)</i> <input type="checkbox"/> Varizella-zoster-Virus / VZV <i>(EDTA-Blut, Abstrich, FW, 2 ml)</i> <input type="checkbox"/> Sonstiges:

Mikrobiologische Kultur: Erreger & Resistenz (Abstrich, Urin)

<input type="checkbox"/> Pathogene Keime (Erreger & Resistenz)	<input type="checkbox"/> Pilze ohne Antimykogramm	<input type="checkbox"/> B-Streptokokken
<input type="checkbox"/> einschließlich Anaerobier	<input type="checkbox"/> Pilze mit Antimykogramm	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____

Hinweise zur Präanalytik: Bitte schnellen Transport der Patientenproben in das Labor sicherstellen (möglichst innerhalb eines Tages). Probenmaterial (Blutproben, Fruchtwasserproben) kühlen und wenn möglich gekühlt (nicht gefroren) versenden.

- Datum -

- anfordernder Arzt (Name in Druckschrift/Stempel) -

- Unterschrift des anfordernden Arztes -