

# INSTITUT FÜR MEDIZINISCHE GENETIK UND MOLEKULARE MEDIZIN

**Praxisgemeinschaft Dres. Alexander & Helena Jung**

Paul-Schallück-Str. 8                      50939 K ö l n (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"/>

## GYNÄKOLOGISCHE INFEKTIOLOGIE

**Antikörper-Nachweise  
(Infektions-Serologie)**

**Mikrobiologie / Kultur  
Erreger & Resistenz**

**Erreger-Direktnachweise  
(Molekulare Infektiologie)**

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

**Klinische Angaben / Anamnese / Hinweise:**

**Untersuchungsmaterial:**

<input type="checkbox"/> EDTA-Plasma	<input type="checkbox"/> Abstrich cervical	<input type="checkbox"/> Abstrich urethral	<input type="checkbox"/> Urin	<input type="checkbox"/> Sonstiges:
<input type="checkbox"/> Serum	<input type="checkbox"/> Abstrich vaginal	<input type="checkbox"/> Abstrich Rachen	<input type="checkbox"/> Fruchtwasser	

### Untersuchungsanforderung (Analyt):

Serologische Nachweise (Serum, Plasma)	Molekulargenetische Direktnachweise	
<b>Pränataldiagnostik / PTOCH (aus Fruchtwasser, Zotten, Fetalblut)</b>		
<input type="checkbox"/> Borrelien-Ak	<input type="checkbox"/> Parvovirus B19 <span style="float: right;"><i>(EDTA-Blut, Fruchtwasser, 2 ml)</i></span>	
<input type="checkbox"/> CMV IgM	<input type="checkbox"/> Toxoplasma gondii <span style="float: right;"><i>(Fruchtwasser, 2 ml)</i></span>	
<input type="checkbox"/> CMV IgG	<input type="checkbox"/> Röteln- (Rubella-) Virus <span style="float: right;"><i>(EDTA-Blut, Fruchtwasser, 2 ml)</i></span>	
<input type="checkbox"/> CMV IgG Avidität	<input type="checkbox"/> Cytomegalie-Virus / CMV <span style="float: right;"><i>(EDTA-Blut, Fruchtwasser, 2 ml)</i></span>	
<input type="checkbox"/> EBV IgM	<input type="checkbox"/> Varizella-zoster-Virus / VZV <span style="float: right;"><i>(EDTA-Blut, Abstrich, FW, 2 ml)</i></span>	
<input type="checkbox"/> EBV IgG	<b>Spezielle Diagnostik (aus Blut)</b>	
<input type="checkbox"/> EBV IgA	<input type="checkbox"/> Epstein-Barr-Virus / EBV <span style="float: right;"><i>(EDTA-Blut, 2 ml; Biopsie)</i></span>	
<input type="checkbox"/> EBV IgG Avidität	<input type="checkbox"/> Hepatitis-B-Virus / HBV <span style="float: right;"><i>(EDTA-Blut, Serum, 2 ml)</i></span>	
<input type="checkbox"/> HSV1/2 IgM	<input type="checkbox"/> Hepatitis-C-Virus / HCV <span style="float: right;"><i>(EDTA-Blut, Serum, 2 ml)</i></span>	
<input type="checkbox"/> HSV1/2 IgG	<input type="checkbox"/> Hepatitis-D-Virus / HDV <span style="float: right;"><i>(EDTA-Blut, Serum, 2 ml)</i></span>	
<input type="checkbox"/> HIV 1/2 Ak + p24 Ag	<input type="checkbox"/> Human Immunodeficiency Virus / HIV <span style="float: right;"><i>(EDTA-Blut, 2 ml)</i></span>	
<input type="checkbox"/> Listerien-Ak	<b>Spezielle Diagnostik aus Rachenprobe (Sekret / Abstrich)</b>	
<input type="checkbox"/> Masern-IgG	<input type="checkbox"/> Bordetella pertussis / parapertussis <span style="float: right;"><i>(Rachenabstrich)</i></span>	
<input type="checkbox"/> Masern-IgM	<b>Diagnostik aus gynäkolog. Abstrich (cervical / vaginal / urethral) / Urin</b>	
<input type="checkbox"/> Mumps-IgG	<input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis <span style="float: right;"><i>(Urin, Abstrich)</i></span>	
<input type="checkbox"/> Mumps-IgM	<input type="checkbox"/> Neisseria gonorrhoeae <span style="float: right;"><i>(Abstrich)</i></span>	
<input type="checkbox"/> Parvovirus B19 IgM	<input type="checkbox"/> Mycoplasma genitalium / hominis <span style="float: right;"><i>(Abstrich)</i></span>	
<input type="checkbox"/> Parvovirus B19 IgG	<input type="checkbox"/> Ureaplasma urealyticum / parvum <span style="float: right;"><i>(Abstrich)</i></span>	
<input type="checkbox"/> PTORCH	<input type="checkbox"/> Gardnerella vaginalis <span style="float: right;"><i>(Abstrich)</i></span>	
<input type="checkbox"/> Sonstiges:	<input type="checkbox"/> Trichomonas vaginalis <span style="float: right;"><i>(Abstrich)</i></span>	
<b>Mikrobiol. Kultur: Erreger &amp; Resistenz (Abstrich, Urin)</b>		
<input type="checkbox"/> Pathogene Keime (E&R)	<input type="checkbox"/> Herpes-simplex-Virus / HSV Typ 1 / 2 <span style="float: right;"><i>(Abstrich)</i></span>	
<input type="checkbox"/> einschl. Anaerobier	<input type="checkbox"/> Humanes-Papilloma-Virus / HPV <span style="float: right;"><i>(Abstrich)</i></span>	
<input type="checkbox"/> B-Streptokokken	<input type="checkbox"/> Typisierung <input type="checkbox"/> Screening	
<input type="checkbox"/> Pilze ohne Antimykogramm	<input type="checkbox"/> Sonstiges:	
<input type="checkbox"/> Pilze mit Antimykogramm		
<input type="checkbox"/> _____		

**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.

# INSTITUT FÜR MEDIZINISCHE GENETIK UND MOLEKULARE MEDIZIN

**Praxisgemeinschaft Dres. Alexander & Helena Jung**

Paul-Schallück-Str. 8 50939 K ö l n (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="radio"/>
Privatpatient ..... → Rechnung an Einsender	<input type="radio"/>
stationärer Patient..... → Rechnung an Pflegekostenabteilung	<input type="radio"/>
amb. Kassenpatient ..... → Überweisung mitsenden	<input type="radio"/>

- Datum -	- anfordernder Arzt (Name in Druckschrift/Stempel) -	- Unterschrift des anfordernden Arztes -
-----------	--	--