

<b>E-Nr.:</b>
---------------

**Institut für klinische Pathologie**  
Leitung: Prim. Dr. Rene Silye  
Dr. Wilhelm-Bock Str. 1, A-4840 Vöcklabruck  
Tel.: 050 554-71-26336; Fax: 050 554-71-26304

## Molekularpathologische Untersuchung

(Begleitschein – in BLOCKBUCHSTABEN ausfüllen)

**Aus dem niedergelassenen Bereich bitte immer einen Überweisungsschein mitsenden!**

<b>ZuweiserIn</b> (inkl. Tel.) (Stempel)	zusätzl. BefundempfängerIn: (Name & Adresse)
<b>PatientIn:</b> (Etikett oder Name & Adresse)	<b>Geburtsdatum:</b> _____ <b>Geschlecht:</b> <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> k.A.
<b>Klinische Diagnose:</b>	<b>AZ:</b> <b>SV-Nr.:</b> <b>Kasse:</b>
<b>Material:</b> <input type="checkbox"/> Serum <input type="checkbox"/> Liquor <input type="checkbox"/> Plasma <input type="checkbox"/> Harn <input type="checkbox"/> EDTA-Blut (Gel) <input type="checkbox"/> Sputum <input type="checkbox"/> EDTA-Blut (Vollblut)	<b>Probenabnahmedatum:</b> _____ <input type="checkbox"/> Abstrich nasopharyngeal <input type="checkbox"/> Abstrich Cervix <input type="checkbox"/> Abstrich sonst. Entnahmestelle: _____ <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____

<b>Hepatitis B und C</b> (2 EDTA-Gelröhrchen *) <input type="checkbox"/> Hepatitis B- PCR quantitativ <input type="checkbox"/> Hepatitis C- PCR quantitativ	<b>Neurotrope Viren</b> <input type="checkbox"/> Herpes-simplex-Virus- PCR (Liquor, Plasma*, Serum*, Abstrich [in NaCl oder ESwab]) <input type="checkbox"/> Varizella-Zoster-Virus- PCR (Liquor, Plasma*, Serum*, Abstrich [in NaCl] oder ESwab) <input type="checkbox"/> Cytomegalie-Virus- PCR quantitativ (Liquor, Plasma*, Serum*, Harn, Gewebe [in NaCl] oder ESwab)
<b>Respiratorische Erreger</b> <input type="checkbox"/> SARS-CoV-2- PCR (Abstrich [ESwab]) <input type="checkbox"/> SARS-CoV2/ Influenza A/B/ RSV- PCR (Abstrich [ESwab]) <input type="checkbox"/> Bordetella pertussis/parapertussis- PCR (Abstrich [ESwab]) <input type="checkbox"/> Respiratorische Erreger der Atemwege- PCR*** <b>nur nach telefonischer Rücksprache</b> (Abstrich [ESwab], BAL)	<b>STD</b> <input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis- PCR (Abstrich [Cobas PCR Media Dual Swab], Harn**) <input type="checkbox"/> Neisseria gonorrhoeae (Gonokokken)- PCR (Abstrich [Cobas PCR Media Dual Swab], Harn**) <input type="checkbox"/> HPV- Typisierung (Bürsten-Abstrich [Roche Cell Collection Medium]) <input type="checkbox"/> Trichomonas vaginalis- PCR (Abstrich [Cobas PCR Media Dual Swab], Harn**) <input type="checkbox"/> Mycoplasma genitalium- PCR (Abstrich [Cobas PCR Media Dual Swab], Harn**)
<b>Screening</b> <input type="checkbox"/> MRSA- PCR (Abstrich [ESwab])	
<b>Helicobacter pylori</b> <input type="checkbox"/> PCR inkl. Clarithromycin-Resistenztestung (Stuhl, Biopsie)	<b>Sonstige Untersuchungen:</b>

\*) Plasma/Serum muss **innerhalb von 6 h** zentrifugiert werden (für Plasma sollten ausschließlich EDTA-Röhrchen **mit Gel** verwendet werden)!

**Heparinisiertes Blut** ist für molekularpathologische Untersuchungen **unbrauchbar!**

\*\*) **Erststrahl**, davor 1 h nicht uriniert – bitte die Markierung „Urine Fill Line“ am Röhrchen beachten!

\*\*\*) Influenza A/B, SARS-CoV2, RSV, RV/EV, Chlamydomydia pn., hMPV, CoV, hPIV, Mycoplasma pn., Bordetella pertussis/ parapertussis)

Datum

Unterschrift Arzt/Ärztin