

Institut für klinische Pathologie

Leitung: Prim. Univ.-Prof. Dr. Dr. HAYBÄCK Johannes
 Dr. Wilhelm-Bock Str. 1, A-4840 Vöcklabruck
 Tel.: 050554-71-26300; Mail: pathologie.vb@ooeg.at
 DaMe-Adresse: KHVB PAT

E-Nr.:

Infektionsserologische Untersuchung

(Begleitschein – in BLOCKBUCHSTABEN ausfüllen)

Aus dem niedergelassenen Bereich bitte immer einen Überweisungsschein mitsenden!

Zuweiser*in (inkl. Tel.) (Stempel)	zusätzl. Befundempfänger*in: (Name & Adresse)	
Patient*in: (Etikett oder Name & Adresse)	Geburtsdatum: _____ Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> k.A.	
Klinische Diagnose:	AZ:	SV-Nr.:
Material: <input type="checkbox"/> Serum <input type="checkbox"/> Plasma <input type="checkbox"/> Liquor	Probenabnahmedatum: _____	
Serum: (1 Serum-Gelröhrchen) <input type="checkbox"/> Borrelien- Ak im Serum <input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis Ak <input type="checkbox"/> Cytomegalie Virus (CMV) Ak <input type="checkbox"/> Enteroviren- Ak (z.B Coxsackie-Viren) <input type="checkbox"/> Epstein Barr Virus (EBV) Ak <input type="checkbox"/> FSME- Ak <input type="checkbox"/> Herpes I+ II (HSV) Ak <input type="checkbox"/> Lues- Ak <input type="checkbox"/> Masern- Ak <input type="checkbox"/> Mumps- Ak <input type="checkbox"/> Mycoplasmen- Ak <input type="checkbox"/> Parvo B19- Ak <input type="checkbox"/> Röteln- Ak <input type="checkbox"/> Toxoplasmose- Ak <input type="checkbox"/> Varizella Zoster Virus (VZV)- Ak <input type="checkbox"/> HIV	Untersuchungsblöcke aus Serum: (1 Serum-Gelröhrchen) <input type="checkbox"/> Cardiotrope Erreger <i>(CMV, Enteroviren, Masern, Mumps, Mycoplasmen)</i> <input type="checkbox"/> Lymphknotenschwellung <i>(CMV, EBV, Enteroviren, Mumps, Röteln, Toxoplasmose)</i> <input type="checkbox"/> Neurotrope Viren <i>(CMV, EBV, Enteroviren, FSME, Herpes I+II, Masern, Mumps, Röteln, VZV)</i>	
Quantiferon: <i>(Achtung: 4 Spezialröhrchen! nur von Mo. 07:00 Uhr bis Do. 14:00 Uhr abnehmen (auch nicht vor Feiertagen und Wochenenden!) und sofort in die Pathologie bringen!)</i> <input type="checkbox"/> Quantiferon aus Plasma	Hepatitis: (1 Serum-Gelröhrchen) <input type="checkbox"/> Hepatitis A (HAV) <input type="checkbox"/> Hepatitis B-Screening <i>(HBs- Ag, HBs- Ak, HBc- Ak)</i> <input type="checkbox"/> HBs- Ag <input type="checkbox"/> HBs- Ak <input type="checkbox"/> HBc- Ak <input type="checkbox"/> Hepatitis B- Leberambulanz <i>(HBe- Ag, HBe- Ak, HBc- IgM)</i> <input type="checkbox"/> Hepatitis C (HCV)	
Liquor: (1 steriles Röhrchen ohne Zusatz) <input type="checkbox"/> Borrelien- Ak im Liquor	Stichverletzung: (1 Serum-Gelröhrchen) <input type="checkbox"/> Stichverletzung Personal <input type="checkbox"/> Stichverletzung Kontaktperson	
Serum/Liquor- Index: (1 Serum-Gelröhrchen und 1 steriles Röhrchen ohne Zusatz) <input type="checkbox"/> Borrelien (intrathekal)	Impftiter: (1 Serum-Gelröhrchen) <input type="checkbox"/> Masern IgG <input type="checkbox"/> Mumps IgG <input type="checkbox"/> Röteln IgG	<input type="checkbox"/> Varicellen IgG <input type="checkbox"/> FSME IgG <input type="checkbox"/> Hepatitis A IgG <input type="checkbox"/> Hepatitis B IgG

Datum

Unterschrift Arzt/Ärztin