

**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@oeg.at](mailto:pathologie.vb@oeg.at)  
 DaMe-Adresse: KHVPAT

E-Nr.:

## Molekularpathologische Untersuchung

(Begleitschein – in BLOCKBUCHSTABEN ausfüllen)

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

<b>Zuweiser*in</b> (inkl. Tel.) (Stempel)	zusätzl. Befundempfänger*in: (Name & Adresse)
<b>Patient*in:</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 (Vollblut) <input type="checkbox"/> Liquor <input type="checkbox"/> Plasma <input type="checkbox"/> Harn <input type="checkbox"/> EDTA-Blut <input type="checkbox"/> Sputum	<b>Probenabnahmedatum:</b> _____ <input type="checkbox"/> Abstrich nasopharyngeal <input type="checkbox"/> Abstrich Cervix <input type="checkbox"/> Abstrich sonst. Entnahmestelle: _____ <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____

<p><b>Hepatitis B und C</b> (2 EDTA-Gelröhrchen *)</p> <p><input type="checkbox"/> Hepatitis B- PCR quantitativ  <input type="checkbox"/> Hepatitis C- PCR quantitativ</p> <hr/> <p><b>Respiratorische Erreger</b></p> <p><input type="checkbox"/> SARS-CoV-2- PCR (Abstrich [ESwab])</p> <p><input type="checkbox"/> SARS-CoV2/ Influenza A/B/ RSV- PCR (Abstrich [ESwab])</p> <p><input type="checkbox"/> Bordetella pertussis/parapertussis- PCR (Abstrich [ESwab])</p> <p><input type="checkbox"/> Respiratorische Erreger der Atemwege- PCR*** <b>nur nach telefonischer Rücksprache</b> (Abstrich [ESwab], BAL)</p> <p><input type="checkbox"/> Pneumocystis jirovecii- PCR (BAL, Trachealsekret)</p> <hr/> <p><b>Screening</b></p> <p><input type="checkbox"/> MRSA- PCR (Abstrich [ESwab])</p> <p><input type="checkbox"/> Vancomycin A/B resistente Enterokokken (Abstrich [ESwab])</p> <hr/> <p><b>Augen</b></p> <p><input type="checkbox"/> Acanthamoeba- PCR (Hornhautabstrich [ESwab], Hornhautgeschabsel [in NaCl])</p> <p><input type="checkbox"/> Panbakterielle &amp; panfungale PCR (Hornhautabstrich [ESwab], Hornhautgeschabsel [in NaCl], Vorderkammerpunktat)</p>	<p><b>Neurotrope Viren</b></p> <p><input type="checkbox"/> Herpes-simplex-Virus- PCR (Liquor, Plasma*, Serum*, Abstrich [in NaCl] oder ESwab)</p> <p><input type="checkbox"/> Varizella-Zoster-Virus- PCR (Liquor, Plasma*, Serum*, Abstrich [in NaCl] oder ESwab)</p> <p><input type="checkbox"/> Cytomegalie-Virus- PCR quantitativ (Liquor, Plasma*, Serum*, Harn, Gewebe [in NaCl] oder ESwab)</p> <p><input type="checkbox"/> Meningitis-Panel- PCR (Liquor)</p> <hr/> <p><b>STD</b></p> <p><input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis- PCR (Abstrich [Cobas PCR Media Dual Swab], Harn**)</p> <p><input type="checkbox"/> Neisseria gonorrhoeae (Gonokokken)- PCR (Abstrich [Cobas PCR Media Dual Swab], Harn**)</p> <p><input type="checkbox"/> HPV- Typisierung (Bürsten-Abstrich [Roche Cell Collection Medium])</p> <p><input type="checkbox"/> Trichomonas vaginalis- PCR (Abstrich [Cobas PCR Media Dual Swab], Harn**)</p> <p><input type="checkbox"/> Mycoplasma genitalium- PCR (Abstrich [Cobas PCR Media Dual Swab], Harn**)</p> <hr/> <p><b>STUHLDIAGNOSTIK:</b> (Auslandsaufenthalt): _____</p> <p><input type="checkbox"/> Enteritiserreger (Salmonella, Campylobacter, Shigella, EHEC)</p> <p><input type="checkbox"/> erweitertes Enteritisspektrum (Yersinien, Plesiomonas, Vibriolen, ETEC)</p> <p><input type="checkbox"/> Viren (Noro-, und Rotavirus)</p> <p><input type="checkbox"/> Parasiten (Giardia lamblia, Entamoeba, Cryptosporidien)</p> <p><input type="checkbox"/> Clostridium difficile (Toxin und PCR)</p> <p><input type="checkbox"/> Helminthen- PCR</p>
---	--

<b>Helicobacter pylori</b> <input type="checkbox"/> PCR inkl. Clarithromycin-Resistenztestung (Stuhl, Biopsie)	<b>Sonstige Untersuchungen:</b> <input type="checkbox"/> Listerien monocytogenes- PCR (Vollblut in Serumröhrchen) <input type="checkbox"/> Spezialanforderung <b>nur nach telefonischer Rücksprache</b>
--	---

- \*) Plasma/Serum muss **innerhalb von 6 h** zentrifugiert werden (für Plasma sollten ausschließlich EDTA-Röhrchen **mit Gel** verwendet werden)!  
**Heparinisieretes 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, Chlamydomphila pn., hMPV, CoV, hPIV, Mycoplasma pn., Bordetella pertussis/ parapertussis)

\_\_\_\_\_  
**Datum**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift Arzt/Ärztin**