

Krankenkasse bzw. Kostenträger		MVZ Labor PD Dr. Volkmann und Kollegen GbR Kriegsstr. 99, 76133 Karlsruhe Telefon (07 21) 850000 Fax (07 21) 85000-199	
Name, Vorname des Versicherten			
geb. am		Probenentnahme Mann <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Datum: _____ Zeit: _____ Körpergröße: _____ [cm] Körpergewicht: _____ [kg] Urinvolumen: _____ [mL] Sammelperiode: _____ [Std]	
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status	Materialien <input type="checkbox"/> Vollblut <input type="checkbox"/> CSF <input type="checkbox"/> Liquor <input type="checkbox"/> Bi <input type="checkbox"/> Vollblut, zentr <input type="checkbox"/> Syn <input type="checkbox"/> Synovia <input type="checkbox"/> St <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> HB <input type="checkbox"/> Hep.-Blut <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> Abstrich <input type="checkbox"/> EB <input type="checkbox"/> EP <input type="checkbox"/> EDTA-Blut <input type="checkbox"/> HP <input type="checkbox"/> Hep.-Plasma <input type="checkbox"/> HCY <input type="checkbox"/> HCY-Z-Gel <input type="checkbox"/> CB <input type="checkbox"/> EDTA-Plasma <input type="checkbox"/> U24 <input type="checkbox"/> 24h-S-Urin <input type="checkbox"/> FB <input type="checkbox"/> NaF-Blut <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/> Citrat-Blut <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> Urin <input type="checkbox"/> HL <input type="checkbox"/> Hämolysat <input type="checkbox"/> Ma <input type="checkbox"/> Citrat-Plasma <input type="checkbox"/> S+L <input type="checkbox"/> Serum+Liquor <input type="checkbox"/> Sou <input type="checkbox"/> Sputum Mat. angeben: _____ * 4 - 8 °C, ** -20 °C, *** lichtgeschützt
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	
<input type="checkbox"/> Privat amb. <input type="checkbox"/> Kostenträger <input type="checkbox"/> Ambulante Patienten <input type="checkbox"/> Privat stat. <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Überweisungsschein genügt		<input type="checkbox"/> Gutachten / Aktenzeichen <input type="checkbox"/> BG-Patient <input type="checkbox"/> BG-Anschrift angeben	

Klinische Fragestellung: **zusätzliche Anforderungen:**

<Titel> <Name>
 <Abteilung><Station>
 <Krankenhaus>
 <ORT>
 Tel.: <tel> **Einsender: <eins_krz>**

Profile: P1 P2 P3 P4 P5 P6 P7 P8 P9 P10

2 a Infektionserkrankungen - Serologie/Molekulargenetik

Mat	Virus-Hepatitisiden	Mat	Entzündungsmarker	Mat	Serologische Gruppenuntersuchungen	Mat	Serologische Gruppenuntersuchungen			
S	<input type="checkbox"/> Anti-HAV IgG	S	<input type="checkbox"/> CRP	S	<input type="checkbox"/> Cardiotrope Erreger	S	<input type="checkbox"/> Neurotrope Viren (Serum)			
S	<input type="checkbox"/> Anti-HAV IgM	S	<input type="checkbox"/> Procalcitonin**	S	<input type="checkbox"/> Enterotrope Viren	S	<input type="checkbox"/> Pneumotrope Erreger			
EB	<input type="checkbox"/> HAV-RNA			S	<input type="checkbox"/> Lymphotrope Viren	S	<input type="checkbox"/> Dermatrotrope Viren			
F	<input type="checkbox"/> HAV-RNA									
	Hepatitis B und D	Mat	Lues-Diagnostik	Viren		Antikörper		PCR	quant.	Antigen
S	<input type="checkbox"/> HBs-Antigen	S	<input type="checkbox"/> Luessuchreaktion (TPPA)	Blut/Serum	IgG	IgM	IgA	DNA	RNA	PCR
S	<input type="checkbox"/> HBe-Antigen	S	<input type="checkbox"/> FTA-abs-Test	Adenovirus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S	<input type="checkbox"/> Anti-HBe	S	<input type="checkbox"/> FTA-abs-IgM-Test	Chikungunya	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S	<input type="checkbox"/> Anti-HBc	S	<input type="checkbox"/> Treponema pall. IgG (WB)	CMV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S	<input type="checkbox"/> Anti-HBc IgM	S	<input type="checkbox"/> Treponema pall. IgM (WB)	Coxsackie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S	<input type="checkbox"/> Anti-HBs (quant.)	S	<input type="checkbox"/> VDRL-Test	Dengue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EB	<input type="checkbox"/> HBV-DNA, quantitativ	Ma	<input type="checkbox"/> T. pallidum DNA	EBV-VCA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EB	<input type="checkbox"/> HBV-praecore Mutation			EBV-EA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S	<input type="checkbox"/> Anti-HDV	Mat	HIV-Diagnostik	EBV-NA 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EB	<input type="checkbox"/> HDV-RNA	S	<input type="checkbox"/> anti-HIV-1/2 (EIA)	ECHO/Picornia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hepatitis C	S	<input type="checkbox"/> Anti-HIV-1 (Bestätigungstest)	FSME	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S	<input type="checkbox"/> Anti-HCV (EIA)	S	<input type="checkbox"/> Anti-HIV-2 (Bestätigungstest)	Hanta (Hantaan)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S	<input type="checkbox"/> Anti-HCV (RIBA)			Hanta (Puumala)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EB	<input type="checkbox"/> HCV-RNA	EB	<input type="checkbox"/> HIV-1-RNA (pol ung gag) qualitativ	HSV-1/2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EB	<input type="checkbox"/> HCV-RNA, quantitativ	EB	<input type="checkbox"/> HIV-1-RNA (pol und gag) quantitativ	HSV-2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EB	<input type="checkbox"/> HCV-Genotyp	EB	<input type="checkbox"/> HIV-1-DNA	HHV-6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hepatitis E/G	EB	<input type="checkbox"/> HIV-1, Therapieresistenz	HHV-7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S	<input type="checkbox"/> Anti-HEV IgG			HHV-8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
S	<input type="checkbox"/> Anti-HEV IgM	EB	<input type="checkbox"/> HIV-2-RNA	HTLV-1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ma	<input type="checkbox"/> HEV-RNA	EB	<input type="checkbox"/> HIV-2-DNA	HTLV-2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EB	<input type="checkbox"/> HGV-RNA			Influenza A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Influenza B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Sandfliegenfieber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				West-Nil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Zika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



0001 0879 01
Infektionserkrankungen - Seite 1

2 a Infektionserkrankungen - Serologie/Molekulargenetik

Viren	Antikörper			PCR		
	Blut/Serum	IgG	IgM	IgA	DNA	RNA
LCM						<input type="checkbox"/>
Masern	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Mumps	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Norwalk						<input type="checkbox"/>
Parainfluenza	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Parvovirus B19	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Picorna / ECHO	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
Polio						<input type="checkbox"/>
Röteln	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>					
Rota						<input type="checkbox"/>
RSV	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Varizella zoster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	

Analysen aus anderen Materialien sowie weitere molekulargenetische und immunologische Erregernachweise siehe Anforderungsschein Nr. 2b

Bakterien	Antikörper			Antikörper (WB)			DNA	
	Blut/Serum	IgG	IgM	IgA	IgG	IgM	IgA	PCR
Bordetella pertussis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
Borrelia burgdorferi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Brucella melitensis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>
Campylobacter jejuni	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
Francisella tularensis	<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>
Helicobacter pylori	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Legionella pneumoph.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>
Leptospiren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>
Listeria monocyt.								<input type="checkbox"/>
Mycoplasma pneum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
Neisseria gonorrh.								<input type="checkbox"/>
Salmonella LPS (EIA)	<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>
Salmonella typhi / paratyphi (Widal)	<input type="checkbox"/>							<input type="checkbox"/>
Ureaplasma ureal.								<input type="checkbox"/>
Yersinien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Impfritter:								
C. diphtheriae-Toxin	<input type="checkbox"/>							
Haemophilus infl.	<input type="checkbox"/>							
Polio (NT)	<input type="checkbox"/>							
Pneumokokken	<input type="checkbox"/>							
Tetanus-Toxin	<input type="checkbox"/>							

Analysen aus anderen Materialien sowie weitere molekulargenetische und immunologische Erregernachweise siehe Anforderungsschein Nr. 2b

Chlamydien/Rickettsien	Antikörper			DNA	
	Blut/Serum	IgG	IgM	IgA	PCR
Chlamydia pneumoniae	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chlamydia psittaci	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chlamydia trachomatis	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DNA-Nachweise (Abstrich, Urin, BAL u.a.) siehe Anforderungsschein Nr. 2b					
Rickettsia spp.					<input type="checkbox"/>
R. conorii/rickettsii	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Coxiella burneti	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Bartonella henselae	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Bartonella quintana	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Ehrlichia chaffeensis					<input type="checkbox"/>
Ehrlichia (HGE')	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Mat	Staphylokokken/Streptokokken
S	<input type="checkbox"/> Anti-Staphylolysin
S	<input type="checkbox"/> Anti-Streptolysin O
S	<input type="checkbox"/> Anti-Streptodornase
S	<input type="checkbox"/> Anti-Hyaluronidase

Mat	Tuberkulose
Spu	<input type="checkbox"/> M. tuberculosis DNA
HB	<input type="checkbox"/> TB-EliSpot

Mat	Pilze
Ma	<input type="checkbox"/> Aspergillus fumig.-DNA
S	<input type="checkbox"/> Candida albicans-IgG
S	<input type="checkbox"/> Candida albicans-IgM
Ma	<input type="checkbox"/> Candida albicans-DNA
Ma	<input type="checkbox"/> Cryptococcus-DNA
Ma	<input type="checkbox"/> Histoplasma capsul.-DNA

Weitere Pilzantikörper bei Verdacht auf allergische Alveolitis siehe Schein Nr. 7

Mat	Parasiten
S	<input type="checkbox"/> Cysticercus-Ak
S	<input type="checkbox"/> Echinococcus-Ak
S	<input type="checkbox"/> Entamoeba histol.-Ak
S	<input type="checkbox"/> Leishmania donovani-Ak
EB	<input type="checkbox"/> Malaria-Nachweis (mikr.)
S	<input type="checkbox"/> Plasmodium falcip.-IgG
EB	<input type="checkbox"/> Plasmodium falcip.-DNA
EB	<input type="checkbox"/> Plasmodium malariae-DNA
EB	<input type="checkbox"/> Plasmodium ovale-DNA
EB	<input type="checkbox"/> Plasmodium vivax-DNA
S	<input type="checkbox"/> Schistosoma mans.-Ak
Ma	<input type="checkbox"/> Schistosoma mans.-DNA
S	<input type="checkbox"/> Strongyloides stercoralis-Ak
S	<input type="checkbox"/> Toxocara canis-IgG
S	<input type="checkbox"/> Toxoplasma gondii-IgG
S	<input type="checkbox"/> Toxoplasma gondii-IgM
S	<input type="checkbox"/> Toxoplasma gondii-IgA
Ma	<input type="checkbox"/> Toxoplasma gondii-DNA
S	<input type="checkbox"/> Trichinella spiralis-Ak
S	<input type="checkbox"/> Trypanosoma cruzi-Ak
EB	<input type="checkbox"/> Trypanosoma cruzi (mikr.)
EB	<input type="checkbox"/> Trypanosoma brucei (mikr.)



0001 0286 08
Infektionserkrankungen - Seite 2