

Krankenkasse bzw. Kostenträger		MVZ Labor PD Dr. Volkmann und Kollegen GbR Gerwigstr. 67, 76131 Karlsruhe Telefon (07 21) 850000 Fax (07 21) 85000-199 www.laborvolkmann.de		Tagesnummer (bitte frei lassen)	
Name, Vorname des Versicherten				geb. am	
Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.		Status	
Betriebsstätten-Nr.		Arzt-Nr.		Datum	
<input type="checkbox"/> Privat amb. <input type="checkbox"/> Kostenträger Krankenhaus <input type="checkbox"/> Ambulante Patienten (Überweisungsschein genügt)		<input type="checkbox"/> Gutachten / Aktenzeichen <input type="checkbox"/> BG-Patient (BG-Anschrift angeben)		Materialien * 4 - 8 °C, ** -20 °C, *** lichtgeschützt VB <input type="checkbox"/> Vollblut CSF <input type="checkbox"/> Liquor St <input type="checkbox"/> Stuhl VBZ <input type="checkbox"/> Vollblut, zentr. Sp <input type="checkbox"/> Sputum Ste <input type="checkbox"/> Steinmat. S <input type="checkbox"/> Serum HB <input type="checkbox"/> Hep.-Blut S+L <input type="checkbox"/> Serum+Liquor EB <input type="checkbox"/> EDTA-Blut HP <input type="checkbox"/> Hep.-Plasma HCY <input type="checkbox"/> HCY-Z-Gel EP <input type="checkbox"/> EDTA-Plasma U <input type="checkbox"/> Urin FB <input type="checkbox"/> NaF-Blut CB <input type="checkbox"/> Citrat-Blut U24 <input type="checkbox"/> 24h-S-Urin HL <input type="checkbox"/> Hämolysat CP <input type="checkbox"/> Citrat-Plasma U24* <input type="checkbox"/> 24h-S-Urin, 10 ml 10% HCl vorlieg. Ma <input type="checkbox"/> Mat. angeben:	

Klinische Fragestellung: 5 Neurologische Erkrankungen, Liquoranalysen	Bitte eintragen: ➔ Befundanschrift, Telefon- u. Faxnummer	Absender (Stempel)
--	--	---------------------------

Mat Liquordiagnostik Standard CSF <input type="checkbox"/> Liquorstatus CSF <input type="checkbox"/> Eiweiß CSF <input type="checkbox"/> Lactat CSF <input type="checkbox"/> Glukose CSF <input type="checkbox"/> NSE CSF <input type="checkbox"/> S-100-Protein** S+L <input type="checkbox"/> OKB mit Reiberschema S+L <input type="checkbox"/> OKB ohne Reiberschema S+L <input type="checkbox"/> MRZ Reaktion Mat Narkolepsie Liquor-Serumdiagnostik CSF <input type="checkbox"/> Hypocretin (Orexin) S <input type="checkbox"/> Tribbles Homolog2 (TRIB2) Mat autoimmune/paraneoplastische Enzephalitis Liquordiagnostik CSF <input type="checkbox"/> Hu-D (Neuronenkerne) CSF <input type="checkbox"/> Ri (Neuronenkerne) CSF <input type="checkbox"/> Amphiphysin 1 CSF <input type="checkbox"/> Purkinje-Zellen / Yo CSF <input type="checkbox"/> PCA2 CSF <input type="checkbox"/> PCTr CSF <input type="checkbox"/> ANNA, Typ 3 CSF <input type="checkbox"/> Ma1 CSF <input type="checkbox"/> Ta (Ma2) CSF <input type="checkbox"/> Zink-Finger-4-Protein CSF <input type="checkbox"/> Glutamat-Decarboxylase CSF <input type="checkbox"/> CRMP5/CV2 CSF <input type="checkbox"/> NMDA-NR1-Rezeptoren CSF <input type="checkbox"/> Kaliumkanal-Komplex CSF <input type="checkbox"/> LGI-1 CSF <input type="checkbox"/> CASPR2 CSF <input type="checkbox"/> AMPA1/2-Rezeptoren CSF <input type="checkbox"/> GABA-B1-Rezeptoren CSF <input type="checkbox"/> IgLON5 Mat Demenzparameter Liquordiagnostik CSF <input type="checkbox"/> BetaAmyloid (1-42) CSF <input type="checkbox"/> Beta Amyloid Ratio (1-42)/(1-40) CSF <input type="checkbox"/> Tau-Protein CSF <input type="checkbox"/> Phospho-Tau CSF <input type="checkbox"/> 14-3-3 Protein	Mat GBS/Miller-Fisher-Syndrom/parainfektös/autoimmun Serumdiagnostik S <input type="checkbox"/> Ganglioside IgG S <input type="checkbox"/> GM1-IgG S <input type="checkbox"/> GM1-IgM S <input type="checkbox"/> GQ1b-IgG S <input type="checkbox"/> GQ1b-IgM Mat MS/NMOSD Serumdiagnostik S <input type="checkbox"/> Aquaporin 4 S <input type="checkbox"/> Myelin-Oligodendrozyten-Glycop. Mat autoimmune/paraneoplastische Enzephalitis Serumdiagnostik S <input type="checkbox"/> Hu-D (Neuronenkerne) S <input type="checkbox"/> Ri (Neuronenkerne) S <input type="checkbox"/> Amphiphysin 1 S <input type="checkbox"/> Purkinje-Zellen / Yo S <input type="checkbox"/> PCA2 S <input type="checkbox"/> PCTr S <input type="checkbox"/> ANNA, Typ 3 S <input type="checkbox"/> Ma1 S <input type="checkbox"/> Ta (Ma2) S <input type="checkbox"/> Zink-Finger-4-Protein (ZIC-4) S <input type="checkbox"/> SOX1 S <input type="checkbox"/> Glutamat-Decarboxylase S <input type="checkbox"/> CRMP5/CV2 S <input type="checkbox"/> NMDA-NR1-Rezeptoren S <input type="checkbox"/> Kaliumkanal-Komplex S <input type="checkbox"/> LGI-1 S <input type="checkbox"/> CASPR2 S <input type="checkbox"/> AMPA1/2-Rezeptoren S <input type="checkbox"/> GABA-B1-Rezeptoren S <input type="checkbox"/> IgLON5 Mat Neurosarkoidse Liquor-Serumdiagnostik S <input type="checkbox"/> Lysozym <input type="checkbox"/> Neopterin*** S <input type="checkbox"/> Beta2-Mikroglobulin* CSF <input type="checkbox"/> Angiotensin Conv.-Enzyme CSF <input type="checkbox"/> Lösl. IL-2-Rezeptor* (sIL2R, sCD25) CSF <input type="checkbox"/> T-, Th/Tc-Zelldifferenzierung	Mat Kollagenosen/Vaskulitis/Serumdiag. S <input type="checkbox"/> ANA-Screening (IgG) S <input type="checkbox"/> Doppelstrang-DNA (Farr-Assay) S <input type="checkbox"/> Sm-Antigen S <input type="checkbox"/> Ro/SS-A S <input type="checkbox"/> La/SS-B S <input type="checkbox"/> PR3-ANCA (Proteinase 3) S <input type="checkbox"/> MPO-ANCA (Myeloperoxidase) S <input type="checkbox"/> Rheumafaktor (IgM-RF), turbidimetr. S <input type="checkbox"/> Cycl. Citrullin-Peptid Mat Myopathie Serumdiagnostik S <input type="checkbox"/> Skelettmuskel S <input type="checkbox"/> Titin S <input type="checkbox"/> Ryanodin-Rezeptor Mat Thrombophilie/Serum-Citratplasmadiagnostik S <input type="checkbox"/> Beta-2-Glykoprotein-IgG S <input type="checkbox"/> Beta-2-Glykoprotein-IgM S <input type="checkbox"/> Beta-2-Glycoprotein-IgA S <input type="checkbox"/> Cardiolipin-IgG S <input type="checkbox"/> Cardiolipin-IgM S <input type="checkbox"/> Cardiolipin-IgA CP <input type="checkbox"/> Lupusantikoagulans** CP <input type="checkbox"/> Faktor VIII** CP <input type="checkbox"/> Protein C (funkt.)** CP <input type="checkbox"/> Protein S (funkt.)** CP <input type="checkbox"/> Antithrombin III** CP <input type="checkbox"/> Fibrinogen CP <input type="checkbox"/> D-Dimere** EB <input type="checkbox"/> Blutsenkung EB <input type="checkbox"/> HLA-B51 (Split von HLA-B5) ¹ EB <input type="checkbox"/> Faktor V-Genanalyse Leiden-Mutation ¹ EB <input type="checkbox"/> Faktor II-Genanalyse (Prothrombin-Gen) ¹ Mat Myositis Serumdiagnostik S <input type="checkbox"/> Mi-2 <input type="checkbox"/> Jo-1 S <input type="checkbox"/> TIF1 <input type="checkbox"/> SRP S <input type="checkbox"/> MDA5 <input type="checkbox"/> PL7 S <input type="checkbox"/> NXP2 <input type="checkbox"/> PL12 S <input type="checkbox"/> SAE1 <input type="checkbox"/> EJ S <input type="checkbox"/> PM/Scl <input type="checkbox"/> OJ	Mat Myasthenie/Myasthenes Syndrom/Serumdiag. S <input type="checkbox"/> Acetylcholinrezeptoren S <input type="checkbox"/> Tyrosinkinase (MuSK) S <input type="checkbox"/> LRP-4 S <input type="checkbox"/> Calcium-Kanal (N-Typ) S <input type="checkbox"/> Calcium-Kanal (PQ-Typ) Mat SREAT/Serumdiagnostik S <input type="checkbox"/> Thyreoidea-Peroxidase S <input type="checkbox"/> Thyreoglobulin S <input type="checkbox"/> TSH-Rezeptoren Mat PNP/Serumdiagnostik EB <input type="checkbox"/> Hämoglobin A1c S <input type="checkbox"/> Immunfixations-Elpho S <input type="checkbox"/> Holotranscobalamin S <input type="checkbox"/> Folsäure*** S <input type="checkbox"/> Methylmalonsäure S <input type="checkbox"/> anti-HIV-1/2 / p24-Ag S <input type="checkbox"/> HBs-Antigen S <input type="checkbox"/> Anti-HBs (quant.) S <input type="checkbox"/> Anti-HBc S <input type="checkbox"/> Anti-HCV S <input type="checkbox"/> Myelin assoziiertes Glykoprotein S <input type="checkbox"/> Sulfatid-IgM S <input type="checkbox"/> Kryoglobuline <small>Präanalytik beachten (s. Leistungsverzeichnis)</small> S <input type="checkbox"/> Alpha-Galactosidase (Weiterleitung)
--	--	--	--



0001 1297 00

Neurologische Erkrankungen, Liquoranalysen

Infektiöse ZNS Erkrankungen / Liquor-Serumdiagnostik

Infektionsdiagnostik	Antikörper (S)		Antikörper (L)		PCR	
	IgG	IgM	IgG	IgM	Blut	CSF
CMV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EBV-VCA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EBNA ^o	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FSME	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HSV1/2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HSV1					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HSV2	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
JC-Virus ²						<input type="checkbox"/>
Enteroviren						<input type="checkbox"/>
MRZ-Reaktion			<input type="checkbox"/>	^{3o}		
Masern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Röteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varizella zoster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	IgA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV1/2-Suchtest	<input type="checkbox"/>					
HIV1/2-Bestätigungstest	<input type="checkbox"/>					
HIV1 PCR					<input type="checkbox"/>	
HIV2 PCR					<input type="checkbox"/>	
Borrelia burgdorferi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Hämophilus influenzae						<input type="checkbox"/>
Leptospira interrogans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Listeria monocytogenes	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neisseria meningitidis						<input type="checkbox"/>
Streptococcus pneumoniae						<input type="checkbox"/>
Treponema pallidum						<input type="checkbox"/>
Luessuchreaktion (LSR)	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		
FTA-abs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Treponema Westernblot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
VDRL		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Toxoplasma gondii	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Rickettsien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cryptococcus neoformans					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eubakterien						<input type="checkbox"/>
M. tuberculosis PCR						<input type="checkbox"/>
ubiquitäre Mykobakt. PCR						<input type="checkbox"/>

Mat Mykobakterien - immunologische Verfahren

HB TB-EliSpot (nicht älter als 24h)

4 Quanti Rö. QuantiFERON-TB Gold PlusTest

Mat Liquor-Bakteriologie

CSF Liquor-Mikroskopie und Kultur, allg. bakteriologisch

CSF Liquor-Diagnostik auf Mykobakterien (Kultur und Mikroskopie, tuberkulöse und nicht-tuberkulöse Mykobakterien)

Erstdiagnostik bei Verdacht auf infektiöse Meningitis / Enzephalitis

^o empfohlene Diagnostik abhängig von der klinischen Fragestellung

¹ Es wird eine vom Patienten unterschriebene Einwilligungserklärung benötigt.

² Serologie bitte direkt an die Uniklinik Düsseldorf oder Biogen (www.stratifyjcv.com) senden.

³ benötigt werden Serum und Liquor

⁴ Rickettsia conorii/rickettsii

⁵ Rickettsia conorii/rickettsii/prowazekii/typhi

Für die Berechnung der Antikörperspezifitätsindices bitte unbedingt eine zeitgleich abgenommene Serumprobe mit einsenden.

Mat Immunphänotypisierungen

Durchflusszytometrie

EB B-,T-,Th/Ts-,NK-Zelldifferenzierung

EB Leukozytenimmunphänotypisierung

Bitte ankreuzen:

EDTA-Blut / Heparin-Blut
 Liquor

Verdachtsdiagnose:

B-NHL
 T-NHL
 ALL
 AML
 sonstige

Mat Medikamentenspiegel

S Lamotrigin

S Lithium

S Diphenylhydantoin (Phenytoin)

S Diphenylhydantoin-frei (Phenytoin)

S Valproinsäure

Einwilligungserklärung für genetische Untersuchungen nach §§ 8 und 9 Gendiagnostikgesetz

ja nein Ich wurde von meinem behandelnden Arzt über Bedeutung und Tragweite der in Frage stehenden Diagnostik insbesondere über Zweck, Art, Umfang, Aussagekraft und Konsequenzen der Untersuchung aufgeklärt.

ja Ich stimme der erforderlichen Entnahme von Untersuchungsmaterial zu.

ja nein Ich bin einverstanden, dass verbleibendes Probenmaterial für eine spätere Nachprüfbarkeit der Ergebnisse, Nachforderungen durch meinen Arzt und wissenschaftliche Zwecke (z. B. Methodenentwicklungen) bis auf Widerruf aufbewahrt werden kann.

ja nein Der Untersuchungsauftrag kann an ein spezialisiertes medizinisches Kooperationslabor weitergeleitet werden.

ja nein Mit der Aufbewahrung der Untersuchungsergebnisse und Befundberichte über die gesetzlich vorgeschriebene Frist von 10 Jahren hinaus bin ich einverstanden.

Ort, Datum _____

Unterschrift (Patient / Erziehungsberechtigter) _____



0001 1298 00