

Name	Vorname
------	---------

<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	Vers.-Nr.	Geb.-Datum
---	-----------	------------

**Versicherter**

Name	Vorname
------	---------

<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	Vers.-Nr.	Geb.-Datum
---	-----------	------------

**Adresse**

Straße	
--------	--

PLZ	Ort
-----	-----

beschäftigt bei
-----------------

Versicherung
--------------

erkrankt seit	Antibiotikatherapie
---------------	---------------------

Diagnose(n) – bitte unbedingt angeben!

Einsender – Datum / Stempel / Unterschrift

Patientendaten

### Probenmaterial

- Serum (2 ml)
- Nativblut (5 ml)
- EDTA-Blut (Malaria)

### Harn

- Erststrahl
- Mittelstrahl
- Einmalkatheter
- Dauerkatheter
- Eintauchobjektträger

- Stuhl
- Ejakulat
- Sputum

- Punktat
- Abstrich
- sonstiges

Entnahmeregion
----------------

Entnahmedatum
---------------

### Stuhl

- pathogene Erreger  
(Salmonella, Shigella, Campylobacter, Yersinia; EHEC bei Kindern unter 7 Jahren)
- Kontrolle bei bekanntem Erreger
  - Salmonella
  - Campylobacter
- Salmonella/Shigella\*\*\*  
(berufs-/ausbildungsbedingt)
- EHEC
- Norovirus
- Rotavirus
- Adenovirus
- Pilzkultur
- Wurmeier und Parasiten  
(Giardia lamblia, Amöben)
- Clostridioides difficile
- Helicobacter pylori

### Sonstiges (Auge, Wunden,...)

- pathogene Erreger
- Pilzkultur
- HSV-1,2 PCR\*
- VZV PCR\*
- Dermatophyten\*

### Harn

- pathogene Erreger
- Pilzkultur
- Chlamydia trachomatis PCR\*\*
- Neisseria gonorrhoeae PCR\*\*
- Mycoplasma genitalium PCR\*\*
- Trichomonas vaginalis PCR\*\*

### Respirationstrakt

- pathogene Erreger
- hämolysierende Streptokokken
- Pilzkultur
- Influenza A, B PCR\*
- Respiratory Syncytial Virus (RSV)\*
- Bordetella pertussis PCR\*
- SARS-Coronavirus-2 PCR\*/\*\*\*
- Legionellen-Antigen im Harn

### EDTA-Blut oder Objektträger

- Malaria/Blutparasiten

### Urogenitaltrakt (Abstriche, Ejakulat)

- pathogene Erreger
- Pilzkultur
- Gardnerella vaginalis
- Neisseria gonorrhoeae Kultur
- Gruppe B Streptokokken
- Mycoplasma hominis, Ureaplasma urealyticum Kultur\*
- Chlamydia trachomatis PCR\*
- Neisseria gonorrhoeae PCR\*
- Mycoplasma genitalium PCR\*
- Trichomonas vaginalis PCR\*
- HPV high risk PCR\*
- HSV-1,2 PCR\*
- VZV PCR\*

\* spezielles Abnahmesystem

\*\* Nativharn (Erststrahlharn) im Rörchen ohne Zusatz

\*\*\* Privatleistung

**Transportsysteme  
Übersicht (Website) →**





## Antikörperbestimmungen bei Verdacht auf Infektion (Nativblut oder Serum)

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Adenovirus                | <input type="checkbox"/> Epstein-Barr Virus (EBV)   | <input type="checkbox"/> Parvovirus B19 (Ringelröteln)     |
| <input type="checkbox"/> Bordetella pertussis      | <input type="checkbox"/> FSME                       | <input type="checkbox"/> Q-Fieber (Coxiella burnetii)      |
| <input type="checkbox"/> Borrelia burgdorferi      | <input type="checkbox"/> Helicobacter pylori        | <input type="checkbox"/> Respiratory Syncytial Virus (RSV) |
| <input type="checkbox"/> Brucella                  | <input type="checkbox"/> Herpes simplex Virus (HSV) | <input type="checkbox"/> Röteln                            |
| <input type="checkbox"/> Campylobacter             | <input type="checkbox"/> Influenza A, B             | <input type="checkbox"/> SARS-Coronavirus-2***             |
| <input type="checkbox"/> Chlamydia pneumoniae      | <input type="checkbox"/> Masern                     | <input type="checkbox"/> Syphilis (Lues)                   |
| <input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis     | <input type="checkbox"/> Mumps                      | <input type="checkbox"/> Toxoplasmose                      |
| <input type="checkbox"/> Coxsackie A, B, Echoviren | <input type="checkbox"/> Mycoplasma pneumoniae      | <input type="checkbox"/> Varicella-Zoster Virus (VZV)      |
| <input type="checkbox"/> Cytomegalievirus (CMV)    | <input type="checkbox"/> Parainfluenza 1, 2, 3      | <input type="checkbox"/> Yersinia                          |

\*\*\* Privatleistung

### Hepatitis- und HIV-Serologie

#### Hepatitis - Serologie

- Hepatitis A  
HAV - Antikörper
- Hepatitis B  
HBs - Antigen  
HBs - Antikörper  
HBc - Antikörper
- Hepatitis C  
HCV - Antikörper
- HCV PCR quantitativ

#### HIV - Serologie

- HIV-1,2 Antikörper  
+ HIV-1 Antigen

### Immunitätsbestimmungen (Impftiter)

Diese Untersuchungen sind privat zu bezahlen. Es werden nur IgG-Antikörper bestimmt; nicht geeignet zum Nachweis einer frischen Infektion.

- |  |                                     |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diphtherie  | <input type="checkbox"/> Masern     |
| <input type="checkbox"/> Tetanus   | <input type="checkbox"/> Mumps      |
| <input type="checkbox"/> FSME <sup>1</sup>                                 | <input type="checkbox"/> Röteln     |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis A                                       | <input type="checkbox"/> Varicellen |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis B                                       |                                     |
| <input type="checkbox"/> AUVA-Bestimmung<br>(bitte AUVA Formular beilegen) |                                     |

<sup>1</sup> Eine Infektion mit einem anderen Flavivirus (Gelbfieber, Dengue, Japanische Enzephalitis, West-Nil, Zika u.a.) oder eine Impfung gegen Gelbfieber oder Japanische Enzephalitis induzierte Antikörper, können die FSME-Impftiterbestimmung beeinflussen.

## Häufige Infektionen und mögliche Erreger Hier nicht ankreuzen! Dient nur der Information!

<b>ARTHRITIS</b>	Borrelia, Campylobacter, Chlamydia trachomatis (evtl. auch Chlamydia pneumoniae), Hepatitis B, Mycoplasma, Parvovirus B19, Röteln, Yersinia
<b>EMBRYOPATHIE</b>	CMV, Masern, Parvovirus B19, Röteln, Syphilis, Toxoplasmose, VZV
<b>EXANTHEM</b>	Borrelia, Coxsackie/Echo, EBV, HIV, HSV, Masern, Parvovirus B19, Röteln, Syphilis, VZV, Yersinia
<b>HEPATITIS</b>	CMV, Coxsackie/Echo, EBV, Hepatitis A/B/C
<b>LYMPHADENITIS</b>	Adenovirus, CMV, EBV, HIV, Röteln, Syphilis, Toxoplasmose
<b>MENINGITIS/ENCEPHALITIS</b>	Adenovirus, Borrelia, CMV, Coxsackie/Echo, EBV, FSME, HSV, Masern, Mumps, Toxoplasmose, VZV
<b>MYOKARDITIS/PERIKARDITIS</b>	Adenovirus, Brucella, CMV, Coxsackie/Echo, EBV, Influenza, Mycoplasma
<b>RESPIRATORISCHE ERKRANKUNGEN</b>	Adenovirus, Chlamydia pneumoniae, CMV, Coxsackie/Echo, EBV, Influenza, (Masern, Mumps), Mycoplasma, Parainfluenza, Pertussis, Q-Fieber, RSV, (VZV)
<b>UROGENITALINFEKTIONEN</b>	Chlamydia trachomatis, HSV, Syphilis