



Untersuchungsanforderung Molekulare Erregerdiagnostik Medizinische Universität Graz

Patientendaten	Einsenderangaben/Stempel
Familienname:	Arzt/Ärztin:
Vorname: m/w:	Klinik/Abteilung:
Geburtsdatum: SV-Nr.: Vers.:	Tel.Nr.:
AZ/Fallzahl:	Datum: Unterschrift:

Gebührenklasse: Allgemein Sonderklasse **Behandlung:** stationär ambulant

Datum/Zeit der Entnahme:.....

Fixierung: **10% neutral gepuffertes Formalin** (= 4% Formaldehydlösung) **unfixiert (nativ)** **Andere Fixierung:**

Beginn der Fixierung: **Uhr** oder **bei Paraffinblock:** Dauer der Fixierung **Std.**

Art des Untersuchungsmaterials: Paraffinmaterial: (Nummer des Blocks)

BAL Liquor EDTA-Blut (1x6ml) Leukozytenzahl:

Stuhlprobe* Sonstiges:

Klinische Diagnosen/Fragestellungen:

Laborinterne Daten:

Materialauswahl von am

Nummer/Bezeichnung

.....

Markiertes Areal Gesamter Schnitt

Pathologie

Eingangsdatum/-zeit

.....

E-Nr. BARCODE

E-Nr. BARCODE

E-Nr. BARCODE

E-Nr. BARCODE

Nukleinsäurenachweis mittels PCR

Viren

Herpes simplex Virus Typ 1+2 **

Cytomegalie Virus **

Epstein Barr Virus **

Varizella zoster Virus **

Parvovirus B19 **

Humane Papillomaviren (high risk/low risk Subtypisierung)

Bakterien und Pilze

Mycobacterium tuberculosis Komplex

Mycobakterien (inkl. atypische/MOTT)

Bartonella species

Helicobacter pylori (inkl. Clarithromycin Resistenzmut.)

Tropheryma whipplei

NGS Panbakterielle PCR (16S rRNA Gen)

NGS Panfungale PCR (ITS)

Weitere Erreger

Toxoplasma gondii

* Abnahme und Versandkriterien siehe Homepage

** quantitativ

Diagnostische Mikrobiomanalyse

Antibiotika in den letzten 2 Monaten: Ja Nein Falls ‚Ja‘, welche:

PPI: Ja Nein

Diagnose/ Fragestellungen:

M. Crohn Colitis Ulcerosa IBS C. difficile Sonstiges:

Untersuchungsmaterial **Lokalisation**

Stuhl Biopsie

Stuhl Biopsie

Stuhl Biopsie

Einverständiserklärung:

Die Information über die Art und Anzahl von Mikroorganismen in Ihrer Probe ist für die wissenschaftliche Forschung sehr wertvoll. Deshalb ersuchen wir Sie um Erlaubnis die bei dieser Analyse entstehenden Daten für die wissenschaftliche Forschung verwenden zu dürfen. Vor einer eventuellen Veröffentlichung werden ihre Daten selbstverständlich anonymisiert.

Ich bin mit der Durchführung der Analyse und der Verwendung der Daten aus Mikrobiomanalyse für wissenschaftliche Zwecke einverstanden:

..... Datum

..... Unterschrift der/s **Patientin/en** (bzw. des gesetzlichen Vertreters)