



Untersuchungsanforderung Molekulare Erregerdiagnostik Medizinische Universität Graz

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

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

Datum/Zeit der Entnahme:	Pathologie Eingangsdatum/-zeit E-Nr. BARCODE E-Nr. BARCODE E-Nr. BARCODE E-Nr. BARCODE
Fixierung: <input type="checkbox"/> 10% neutral gepuffertes Formalin (= 4% Formaldehydlösung) <input type="checkbox"/> unfixiert (nativ) <input type="checkbox"/> Andere Fixierung:	
Beginn der Fixierung Uhr oder bei Paraffinblock: Dauer der Fixierung Std.	
Art des Untersuchungsmaterials:* <input type="checkbox"/> Paraffinmaterial: (Nummer des Blocks) <input type="checkbox"/> EDTA-Blut (1x6ml): (Leukozytenzahl) <input type="checkbox"/> BAL <input type="checkbox"/> Liquor <input type="checkbox"/> Stuhlprobe <input type="checkbox"/> Sonstiges: Laborinterne Daten: Materialauswahl von am Nummer/Bezeichnung Markiertes Areal <input type="checkbox"/> Gesamter Schnitt <input type="checkbox"/>	

Klinische Diagnosen/Fragestellungen/gegenwärtige Therapien:

Nukleinsäurenachweis mittels PCR

Viren <input type="checkbox"/> Herpes simplex Virus Typ 1+2 ** <input type="checkbox"/> Cytomegalie Virus ** <input type="checkbox"/> Epstein Barr Virus ** <input type="checkbox"/> Varizella Zoster Virus ** <input type="checkbox"/> Parvovirus B19 ** <input type="checkbox"/> Humane Papillomaviren (high risk/low risk Subtypisierung)	Bakterien und Pilze <input type="checkbox"/> Mycobacterium tuberculosis Komplex <input type="checkbox"/> Mycobakterien (inkl. atypische/MOTT) <input type="checkbox"/> Bartonella species <input type="checkbox"/> Helicobacter pylori (inkl. Clarithromycin Resistenzmut.) <input type="checkbox"/> Tropheryma whipplei <input type="checkbox"/> NGS Panbakterielle PCR (16S rRNA Gen) <input type="checkbox"/> NGS Panfungale PCR (ITS) * Abnahme und Versandkriterien siehe Homepage ** quantitativ
---	--

Weitere Erreger
 Toxoplasma gondii

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
<input type="checkbox"/> Stuhl <input type="checkbox"/> Biopsie	
<input type="checkbox"/> Stuhl <input type="checkbox"/> Biopsie	
<input type="checkbox"/> Stuhl <input type="checkbox"/> 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) _____