

Untersuchungsanforderung Molekulare Erregerdiagnostik

Patientendaten		Einsenderangaben/Stempel	
Familienname:		Arzt/Ärztin:	
Vorname: m/w:		Klinik/Abteilung:	
Geburtsdatum: SV-Nr.: Vers.:		Tel.Nr.:	
AZ/Fallzahl:		Unterschrift:	
Gebührenklasse: <input type="checkbox"/> Allgemein <input type="checkbox"/> Sonderklasse		Behandlung: <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ambulant	

Datum/Zeit der Entnahme:		Pathologie Eingangsdatum/-zeit E-Nr. BARCODE E-Nr. BARCODE
Untersuchungsmaterial: (Anzahl: Röhrchen, Blöcke, Schnitte, Sonstiges)		
<input type="checkbox"/> Paraffinmaterial: Paraffinblock: Dauer der Fixierung Std. (Nummer des Blocks)		
<input type="checkbox"/> 10% neutral gepuffertes Formalin (=4% Formaldehydlösung) <input type="checkbox"/> Andere Fixierung: <input type="checkbox"/> EDTA-Blut (1x 6ml): (Leukozytenzahl) <input type="checkbox"/> Liquor <input type="checkbox"/> BAL <input type="checkbox"/> Stuhlprobe <input type="checkbox"/> Sonstiges:		
Laborinterne Daten: Materialauswahl von am Nummer/Bezeichnung <input type="checkbox"/> markiertes Areal <input type="checkbox"/> gesamter Schnitt		

Klinische Diagnosen/Fragestellungen/gegenwertige Therapien: (bei med. Fragestellungen DW: 71743)

Untersuchungen (Nukleinsäurenachweis mittels PCR):

<p>Viren</p> <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)	<p>Bakterien und Pilze</p> <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 Resistenzmutation) <input type="checkbox"/> Tropheryma whipplei <input type="checkbox"/> NGS Panbakterielle PCR (16S rRNA Gen) <input type="checkbox"/> NGS Panfungale PCR (ITS)
--	---

Weitere Erreger

 Toxoplasma gondii
 Universeller Pathogennachweis (ShotGun NGS, nur nach telefonischer Rücksprache DW 71743)

* 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	
<input type="checkbox"/> Stuhl	<input type="checkbox"/> Biopsie
<input type="checkbox"/> Stuhl	<input type="checkbox"/> Biopsie
<input type="checkbox"/> Stuhl	<input type="checkbox"/> Biopsie Datum

Einverständniserklärung:

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. Ihre Daten werden für Forschungszwecke anonymisiert.

Ich bin mit der Durchführung der Analyse und der Verwendung der Daten aus Mikrobiomanalyse für wissenschaftliche Zwecke einverstanden: Ja Nein *Unterschrift der/s Patientin/en* (bzw. gesetzlicher Vertreter)