

Mikrobiologische Serologie / Virologie

Institut für Medizinische Mikrobiologie

der Universitätsmedizin Göttingen
Nationales Referenzzentrum für systemische Mykosen
Nationales Konsiliarlabor für Toxoplasmose
Kreuzberg 57 · 37075 Göttingen
Direktor: Prof. Dr. med. Uwe Groß

Arzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie · Tel. (0551) 39-65809 Serologie,
Tel. (0551) 39-65837 Allg. Virologie, 39-65813 Hepatitis/HIV-Diagnostik, Fax (0551) 39-65861, e-mail ugross@gwdg.de

Auftrags-Nummer:
(Wird vom Labor vergeben)

Patient (Möglichst Etikett verwenden)

Pat.-Name: _____

- Geb.-Name: _____

- Geb.-Datum: _____

- Versicherter: _____

- Wohnort: _____

- Kostenträger: _____

Bitte Patienten-Etikett exakt einkleben!

Einsender - Unterschrift+Stempel (Bitte Rand einhalten)

Arzt: _____

Telefon/Handy/Funk: _____

Klinik: _____

Station: _____

Entnahmedatum

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	20	30
Jan	Feb	Mär	Apr	Mai	Jun	Juli	Aug	Sep	Okt	Nov	Dez
							2024	2025	2026	2027	2028

Station

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Behandlungsart

ambulant
 stationär

Geschlecht

männlich
 weiblich

Berechnungsart

Privatpatient
 Selbstzahler m. WA
 Selbstzahler o. WA
 Allg. Pflegekasse
 Überweisung
 Gutachten
 Personal
 Studie

Klinische Angaben

<input type="checkbox"/> Erstuntersuchung	<input type="checkbox"/> Auslandsaufenth. Wo?: _____	<input type="checkbox"/> Antivirale Therapie	<input type="checkbox"/> Erkrankung/Diagnose	<input type="checkbox"/> Exanthem	<input type="checkbox"/> Immunsuppression	<input type="checkbox"/> Transplantation, vor
<input type="checkbox"/> Verlaufskontrolle	zurück seit: _____	<input type="checkbox"/> Dialyse	<input type="checkbox"/> Arthritis	<input type="checkbox"/> Fieber	<input type="checkbox"/> Lymphkn. Schwellung	<input type="checkbox"/> Transplantation, nach
<input type="checkbox"/> Akute Infektion	<input type="checkbox"/> Schwangerschaft	<input type="checkbox"/> vor Impfung #	<input type="checkbox"/> Bluttransfusion, Z. n.	<input type="checkbox"/> Gastroenteritis	<input type="checkbox"/> Meningitis	<input type="checkbox"/> Zeckenstich
<input type="checkbox"/> Chron. Infektion	SS-Woche: _____	<input type="checkbox"/> nach Impfung #	<input type="checkbox"/> Chemotherapie	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Mykose	
		<input type="checkbox"/> # Wann: _____	<input type="checkbox"/> Diarrhoe	<input type="checkbox"/> HIV	<input type="checkbox"/> Pneumonie	Sonstiges:
			<input type="checkbox"/> Enzephalitis	<input type="checkbox"/> Immundefizienz		

Material

<input type="checkbox"/> Serum/Blut (Se)	<input type="checkbox"/> EDTA-Blut (Ed)	<input type="checkbox"/> Liquor (Li)	<input type="checkbox"/> BAL	<input type="checkbox"/> Urin (Ur)	<input type="checkbox"/> Bläscheninh. (Bh)	<input type="checkbox"/> Sonstiges
<input type="checkbox"/> Rachenspülwasser (Ra)	<input type="checkbox"/> Trachealsekret (Ts)	<input type="checkbox"/> Biopsat (Bi)	<input type="checkbox"/> Muttermilch (Mu)	<input type="checkbox"/> Nasopharynxsekret (NPS)	<input type="checkbox"/> Stuhl (St)	
				<input type="checkbox"/> Punktat (Pu)	<input type="checkbox"/> Abstrich (Ab)	

Bakterielle Erkrankungen	Mykosen	Virolog. Direktnachweis	Virolog. AK-Nachweis (Se)	Immunstatus nur IgG (Se)	Untersuchungsprofile
<input type="checkbox"/> Borreliose	<input type="checkbox"/> Aspergillose Antigen-Nachweis	<input type="checkbox"/> Adenovirus (Ed, BAL, Ts, Ab, Ur)	<input type="checkbox"/> Adenovirus	<input type="checkbox"/> Anti-CMV-IgG	<input type="checkbox"/> Kardiotope Viren (Se) Adenovirus, Coxsackievirus, ECHO-Virus, Parvovirus B19, CMV, EBV, Mumps, Influenza
<input type="checkbox"/> Campylobacter-Infektion	Candidose:	<input type="checkbox"/> CMV-DNA (Ed, Li, Ur, Ab, BAL, Ts, St, Bi, Pu, Mu)	<input type="checkbox"/> CMV	<input type="checkbox"/> Anti-EBV-IgG	<input type="checkbox"/> Neurotrophe Viren PCR aus Liquor
<input type="checkbox"/> Chlam. pneumoniae-Infektion	<input type="checkbox"/> Antigen-Nachweis	<input type="checkbox"/> EBV-DNA (Ed, Li, Bi)	<input type="checkbox"/> Coxsackievirus	<input type="checkbox"/> Anti-HSV-IgG	<input type="checkbox"/> HSV-DNA, VZV-DNA
<input type="checkbox"/> Chlam. psittaci-Infekt.	<input type="checkbox"/> Antikörper-Nachweis	<input type="checkbox"/> Enterovirus-RNA (Li, St, Ra, Bi, Pu)	<input type="checkbox"/> ECHO-Virus	<input type="checkbox"/> Anti-Mumps-IgG	<input type="checkbox"/> Enterovirus-RNA
<input type="checkbox"/> Chlam. trachomatis-Infektion	<input type="checkbox"/> Kryptokokkose Antigen-Nachweis	<input type="checkbox"/> HBV-DNA (Se)	<input type="checkbox"/> EBV-Serologie (spezifisch)	<input type="checkbox"/> Anti-Röteln-IgG	<input type="checkbox"/> weitere:
<input type="checkbox"/> Katzenkratzkrankheit	Parasitosen	<input type="checkbox"/> HCV-RNA (Se, Ed)	<input type="checkbox"/> EBV-Paul-Bunnell-Test	<input type="checkbox"/> Anti-VZV-IgG	<input type="checkbox"/> Respirator. Viren (BAL) Adenovirus, Influenza A/B, Parainfluenza 1-3, RSV
<input type="checkbox"/> Legionellose Antikörper (Se)	<input type="checkbox"/> Amöbiasis	<input type="checkbox"/> HHV6-DNA (Ed, Li)	<input type="checkbox"/> FSME	Hepatitis-Diagnostik (Se)	
<input type="checkbox"/> Legionellose Antigen (Urin)	<input type="checkbox"/> Bilharziose (Schistosomiasis)	<input type="checkbox"/> HSV-DNA (Ed, Bh, Li, BAL, Ts, Ra, Ab, Bi)	<input type="checkbox"/> Hantavirus	<input type="checkbox"/> Hepatitis A	
<input type="checkbox"/> Leptospirose	<input type="checkbox"/> Echinokokkose	<input type="checkbox"/> Infleuzna-Virus-RNA (Ab, BAL, Ra, Ts)	<input type="checkbox"/> HHV6	<input type="checkbox"/> Anti-HAV	
<input type="checkbox"/> Mykoplasma pneumoniae-Infektion	<input type="checkbox"/> Malaria	<input type="checkbox"/> Papillom-Virus-DNA (Ab, Bh)	<input type="checkbox"/> HSV	<input type="checkbox"/> Anti-HAV-IgM	
<input type="checkbox"/> Pertussis (Bordetella pertussis)	<input type="checkbox"/> Antikörper-Nachweis	<input type="checkbox"/> VZV-DNA (Ed, Bh, Li, BAL, Ts, Ab, Bi)	<input type="checkbox"/> Influenza A/B	<input type="checkbox"/> HAV-Antigen (St)	
<input type="checkbox"/> Q-Fieber (C. burnetti)	<input type="checkbox"/> Toxoplasmose	<input type="checkbox"/> BK-Virus-DNA (Ed, Ur)	<input type="checkbox"/> Masern	<input type="checkbox"/> Hepatitis B	<input type="checkbox"/> OP-Vorbereitung/ Transplantation
<input type="checkbox"/> Staphylokokken-Infektion	<input type="checkbox"/> Toxoplasmose Mutter-Kind-Profil	<input type="checkbox"/> JC-Virus-DNA (Li)	<input type="checkbox"/> Mumps	<input type="checkbox"/> HBs-Antigen	<input type="checkbox"/> HBsAg, Anti-HBc, Anti-HBs, Anti-HCV (Se)
<input type="checkbox"/> Streptokokken-Infektion	<input type="checkbox"/> Toxoplasmose Schwangere	Antigennachweis	<input type="checkbox"/> Parainfluenza 1-3	<input type="checkbox"/> Anti-HBc	<input type="checkbox"/> HIV (Se)
<input type="checkbox"/> Syphilis		<input type="checkbox"/> Adenovirus (BAL, Ab, Urin)	<input type="checkbox"/> Röteln	<input type="checkbox"/> Anti-HBc-IgM	<input type="checkbox"/> Anti-CMV, Anti-EBV, Anti-HSV, Anti-VZV (Se)
<input type="checkbox"/> Yersiniose		<input type="checkbox"/> CMV-pp65 (Ed)	<input type="checkbox"/> RSV	<input type="checkbox"/> Anti-HBc-IgG	<input type="checkbox"/> CMV-DNA (Ed) andere bitte separat anfordern
		<input type="checkbox"/> HSV (Bh)	<input type="checkbox"/> VZV	<input type="checkbox"/> Anti-HBs	
		<input type="checkbox"/> Influenza (BAL, NPS, Ra Ts)		<input type="checkbox"/> HBe-Antigen, Anti-HBe	Schwang.-Vorsorge/ vor Fertilisation
		<input type="checkbox"/> Respirator. Viren (BAL)		<input type="checkbox"/> HBV-DNA	<input type="checkbox"/> HBsAg (Se)
		<input type="checkbox"/> RSV (Ra, Ts, BAL, NPS)		<input type="checkbox"/> Anti-Delta	<input type="checkbox"/> Anti-Röteln/HHT (Se)
		<input type="checkbox"/> VZV (Bh)		<input type="checkbox"/> Hepatitis C	<input type="checkbox"/> Syphilis (Se)
		Adeno-, Noro-, Rotaviren (St) siehe Einsendeschein „Direkter Erregernachweis“		<input type="checkbox"/> Anti HCV	
				<input type="checkbox"/> HCV-RNA (Se, Ed)	Kanülenstichverletzung
				<input type="checkbox"/> Genotyp	<input type="checkbox"/> Donor (Spender) (Se)
				<input type="checkbox"/> Hepatitis E	<input type="checkbox"/> Rezeptor (Empfänger) (Se)
				HIV-Diagnostik	Wann? _____
				<input type="checkbox"/> HIV (Screening) (Se)	
				<input type="checkbox"/> Anti-HIV 1/2 (Se)	
				Westernblot (Bestätigung)	
				<input type="checkbox"/> HIV-1 p24 Antigen (Se)	
				<input type="checkbox"/> HIV-1 Viruslast (Ed)	
				<input type="checkbox"/> HIV-1 Resistenz (Ed)	
				<input type="checkbox"/> HTLV-1/2 (Se)	

Serologische Untersuchungen werden z. T. entsprechend den mikrobiologischen Qualitätsstandards (MIQ) in einem Stufenschema durchgeführt.

Bitte für jedes Material 1 Schein ausfüllen

Angabe von gewünschten Untersuchungen (Freitext) **bitte hier näher erläutern

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10
- 11
- 12
- 13
- 14
- 15
- 16
- 17
- 18
- 19
- 20
- 21
- 22
- 23
- 24
- 25
- 26
- 27
- 28
- 29
- 30
- 31
- 32
- 33
- 34
- 35
- 36
- 37
- 38
- 39
- 40
- 41
- 42
- 43
- 44
- 45
- 46
- 47
- 48
- 49
- 50
- 51
- 52
- 53
- 54
- 55
- 56
- 57
- 58
- 59
- 60
- 61
- 62
- 63
- 64