

Inst. f. Krankenhaushygiene und Mikrobiologie

8010 Graz, Stiftingtalstraße 14

Ärztlicher Direktor: Prim. Dr. med. Klaus Vander

Befundauskunft Tel.: 0316/340-5720, Fax.: 5702

ANNAHMEZEITEN: Montag bis Freitag: 7.30 - 14.30 Uhr,
Samstag: 8.00 - 11.00 Uhr; Sonn- und Feiertag: 8.30 - 10.00 Uhr**BEGLEITSCHIN
FÜR VIROLOGISCH-
SEROLOGISCHE
UNTERSUCHUNGEN**

BITTE NICHT BESCHRIFTEN!!!

BARCODE LABOR

PATIENTEN-ETIKETT MIT BARCODE:

oder Patienten-Name, Geb.Datum, SV-Nr.:

EINSENDER (Stempel):

Paraphe:

Gewünschte Untersuchung:**SERUM - Ak:**

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> HBs Ag | <input type="checkbox"/> Masern IgG/IgM | <input type="checkbox"/> HHV 6 IgG/IgM |
| <input type="checkbox"/> HBs Ak | <input type="checkbox"/> Mumps IgG/IgM | <input type="checkbox"/> FSME IgG/IgM |
| <input type="checkbox"/> HBc IgG | <input type="checkbox"/> Röteln IgG/IgM | <input type="checkbox"/> Borrelien IgG/IgM inkl.
Bestätigungstest (WesternBlot) |
| <input type="checkbox"/> HBc IgM | <input type="checkbox"/> Coxsackievirus IgG/IgM | <input type="checkbox"/> Toxoplasma gondii IgG/IgM |
| <input type="checkbox"/> HBe Ag | <input type="checkbox"/> Enterovirus IgG/IgM | <input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis IgG/IgA |
| <input type="checkbox"/> HBe Ak | <input type="checkbox"/> RSV IgG/IgA | <input type="checkbox"/> Treponema pallidum-Ak
(IgG/IgM-Screen) |
| <input type="checkbox"/> HAV IgG/IgM | <input type="checkbox"/> Influenza A, B IgG/IgA | <input type="checkbox"/> Yersinien IgG/IgA |
| <input type="checkbox"/> HCV Ak | <input type="checkbox"/> Parainfluenza IgG/IgA | <input type="checkbox"/> Puumala IgM-Ak |
| <input type="checkbox"/> HIV (1/2)Ak/p24Ag | <input type="checkbox"/> Mycopl.pneum.IgG/IgM | <input type="checkbox"/> Sonstiges: |
| <input type="checkbox"/> VZV IgG/IgM | <input type="checkbox"/> Chlam.pneum.IgG/IgA | |
| <input type="checkbox"/> CMV IgG/IgM | <input type="checkbox"/> Bordetella pertussis
Toxin IgG/IgA | |
| <input type="checkbox"/> HSV IgG/IgM | <input type="checkbox"/> Parvovirus B19 IgG/IgM | |
| <input type="checkbox"/> EBV IgG/IgM/
EBNA-IgG | | |

DIAGNOSE/Anlass d. Untersuchung**Krank seit:****Entnahme (Datum/Uhrzeit):****Anweisender Arzt/befugte Person:**

Tel.:

(Name in Blockbuchstaben)

Unterschrift:

LIQUOR (Ag-Nachweis):

-
- Meningitis Schnelltest
-
- (Meningokokken/Pneumokokken/Listerien/
-
- B-Streptokokken/HSV1/HSV2/VZV)

HARN (Ag-Nachweis):

-
- Legionella pneumophila und
-
- Pneumokokken

STUHL (Ag-Nachweis):

-
- Clostridium diff.
-
- (GDH / Toxin A, B)

Quantiferon-Test
siehe separater Begleitschein
Dok-ID: 2003.0607

Version 22.0, geändert am 09.08.2019

ANLAGE ZUR RL 1 O 1 O.6958

Inst. f. Krankenhaushygiene und Mikrobiologie

8010 Graz, Stiftingtalstraße 14

Ärztlicher Direktor: Prim. Dr. med. Klaus Vander

Befundauskunft Tel.: 0316/340-5720, Fax.: 5702

ANNAHMEZEITEN: Montag bis Freitag: 7.30 - 14.30 Uhr,
Samstag: 8.00 - 11.00 Uhr; Sonn- und Feiertag: 8.30 - 10.00 Uhr**BEGLEITSCHIN
FÜR VIROLOGISCH-
SEROLOGISCHE
UNTERSUCHUNGEN**

BITTE NICHT BESCHRIFTEN!!!

BARCODE LABOR

PATIENTEN-ETIKETT MIT BARCODE:

oder Patienten-Name, Geb.Datum, SV-Nr.:

EINSENDER (Stempel):

Paraphe:

Gewünschte Untersuchung:**SERUM - Ak:**

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> HBs Ag | <input type="checkbox"/> Masern IgG/IgM | <input type="checkbox"/> HHV 6 IgG/IgM |
| <input type="checkbox"/> HBs Ak | <input type="checkbox"/> Mumps IgG/IgM | <input type="checkbox"/> FSME IgG/IgM |
| <input type="checkbox"/> HBc IgG | <input type="checkbox"/> Röteln IgG/IgM | <input type="checkbox"/> Borrelien IgG/IgM inkl.
Bestätigungstest (WesternBlot) |
| <input type="checkbox"/> HBc IgM | <input type="checkbox"/> Coxsackievirus IgG/IgM | <input type="checkbox"/> Toxoplasma gondii IgG/IgM |
| <input type="checkbox"/> HBe Ag | <input type="checkbox"/> Enterovirus IgG/IgM | <input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis IgG/IgA |
| <input type="checkbox"/> HBe Ak | <input type="checkbox"/> RSV IgG/IgA | <input type="checkbox"/> Treponema pallidum-Ak
(IgG/IgM-Screen) |
| <input type="checkbox"/> HAV IgG/IgM | <input type="checkbox"/> Influenza A, B IgG/IgA | <input type="checkbox"/> Yersinien IgG/IgA |
| <input type="checkbox"/> HCV Ak | <input type="checkbox"/> Parainfluenza IgG/IgA | <input type="checkbox"/> Puumala IgM-Ak |
| <input type="checkbox"/> HIV (1/2)Ak/p24Ag | <input type="checkbox"/> Mycopl.pneum.IgG/IgM | <input type="checkbox"/> Sonstiges: |
| <input type="checkbox"/> VZV IgG/IgM | <input type="checkbox"/> Chlam.pneum.IgG/IgA | |
| <input type="checkbox"/> CMV IgG/IgM | <input type="checkbox"/> Bordetella pertussis
Toxin IgG/IgA | |
| <input type="checkbox"/> HSV IgG/IgM | <input type="checkbox"/> Parvovirus B19 IgG/IgM | |
| <input type="checkbox"/> EBV IgG/IgM/
EBNA-IgG | | |

DIAGNOSE/Anlass d. Untersuchung**Krank seit:****Entnahme (Datum/Uhrzeit):****Anweisender Arzt/befugte Person:**

Tel.:

(Name in Blockbuchstaben)

Unterschrift:

LIQUOR (Ag-Nachweis):

-
- Meningitis Schnelltest
-
- (Meningokokken/Pneumokokken/Listerien/
-
- B-Streptokokken/HSV1/HSV2/VZV)

HARN (Ag-Nachweis):

-
- Legionella pneumophila und
-
- Pneumokokken

STUHL (Ag-Nachweis):

-
- Clostridium diff.
-
- (GDH / Toxin A, B)

Quantiferon-Test
siehe separater Begleitschein
Dok-ID: 2003.0607

Version 22.0, geändert am 09.08.2019

ANLAGE ZUR RL 1 O 1 O.6958

Blockanforderung

Neurotrope Erreger: (Enzephalitis, Meningitis, Neuritis, Guillain Barré)

Serum AK:

HSV; CMV; VZV; EBV; Entero-, Coxsackievirus; Masern; Mumps; FSME; Borrelien

Serum/Liquor: Borrelien Serum/Liquorindex nach Reiber inkl. Serum AK-Block

CXCL13 aus dem Liquor

Pneumonie:

Serum AK: Influenza A, B; Parainfluenza; RSV; Mykopl.pneum.;

Chlam.pneum.; Entero-, Coxsackievirus; CMV; VZV; Bordetella pertussis Toxin

Myocarditis:

Serum AK: Entero-, Coxsackievirus; Influenza A; Mumps; Parvovirus B19;

EBV; Mykopl.pneum.; Chlam.pneum.; Borrelien

Status febrilis:

Serum AK: Entero-, Coxsackievirus; Influenza A, B; Parainfluenza; CMV; EBV; HSV; VZV; Mykopl.pneum.; Chlam.pneum.

Exanthem:

Serum AK: Entero-, Coxsackievirus; HSV; VZV; EBV; Parvovirus B19; HHV6; Röteln; Masern; Borrelien

Arthritis:

Serum AK: Hepatitis B, C; Röteln; Mumps; Parvovirus B19; Mykopl.pneum.; Chlam.pneum.; Borrelien; Yersinien

Hepatitis:

Serum AK: Hepatitis A, B, C

Hepatotrope Erreger: Hepatitis A,B,C, CMV, EBV, HSV, Coxsackievirus

Lymphotrope Erreger:

Serum AK: CMV; EBV; Toxoplasma gondii; HIV; Röteln

Impferfolgskontrolle:

HAV

HBV

Röteln

VZV

Masern

Mumps

Bordetella pertussis

GSG: Untersuchung nach dem Gewebesicherheitsgesetz:

HBs Ag, HBc IgG, HCV Ak, HIV Ak/Ag

inkl. Treponema pallidum-Ak (IgG/IgM-Screen)

Telefonische Mitteilung: _____

Datum/Uhrzeit: _____

Name/Unterschrift des IKM-Bearbeiters: _____

Mitteilung an (Name befugte Person): _____

Beschreibung: _____

Blockanforderung

Neurotrope Erreger: (Enzephalitis, Meningitis, Neuritis, Guillain Barré)

Serum AK:

HSV; CMV; VZV; EBV; Entero-, Coxsackievirus; Masern; Mumps; FSME; Borrelien

Serum/Liquor: Borrelien Serum/Liquorindex nach Reiber inkl. Serum AK-Block

CXCL13 aus dem Liquor

Pneumonie:

Serum AK: Influenza A, B; Parainfluenza; RSV; Mykopl.pneum.;

Chlam.pneum.; Entero-, Coxsackievirus; CMV; VZV; Bordetella pertussis Toxin

Myocarditis:

Serum AK: Entero-, Coxsackievirus; Influenza A; Mumps; Parvovirus B19;

EBV; Mykopl.pneum.; Chlam.pneum.; Borrelien

Status febrilis:

Serum AK: Entero-, Coxsackievirus; Influenza A, B; Parainfluenza; CMV; EBV; HSV; VZV; Mykopl.pneum.; Chlam.pneum.

Exanthem:

Serum AK: Entero-, Coxsackievirus; HSV; VZV; EBV; Parvovirus B19; HHV6; Röteln; Masern; Borrelien

Arthritis:

Serum AK: Hepatitis B, C; Röteln; Mumps; Parvovirus B19; Mykopl.pneum.; Chlam.pneum.; Borrelien; Yersinien

Hepatitis:

Serum AK: Hepatitis A, B, C

Hepatotrope Erreger: Hepatitis A,B,C, CMV, EBV, HSV, Coxsackievirus

Lymphotrope Erreger:

Serum AK: CMV; EBV; Toxoplasma gondii; HIV; Röteln

Impferfolgskontrolle:

HAV

HBV

Röteln

VZV

Masern

Mumps

Bordetella pertussis

GSG: Untersuchung nach dem Gewebesicherheitsgesetz:

HBs Ag, HBc IgG, HCV Ak, HIV Ak/Ag

inkl. Treponema pallidum-Ak (IgG/IgM-Screen)

Telefonische Mitteilung: _____

Datum/Uhrzeit: _____

Name/Unterschrift des IKM-Bearbeiters: _____

Mitteilung an (Name befugte Person): _____

Beschreibung: _____