

**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.<br>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<br>(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 checked="" type="checkbox"/> <b>Dobrava-Hantaan-IgM-Ak</b>                  |
| <input type="checkbox"/> VZV IgG/IgM              | <input type="checkbox"/> Chlam.pneum.IgG/IgA                   | <input type="checkbox"/> Sonstiges:  |
| <input type="checkbox"/> CMV IgG/IgM              | <input type="checkbox"/> Bordetella pertussis<br>Toxin IgG/IgA |  |
| <input type="checkbox"/> HSV IgG/IgM              | <input type="checkbox"/> Parvovirus B19 IgG/IgM                |  |
| <input type="checkbox"/> EBV IgG/IgM/<br>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 23.0, geändert am 30.12.2019

ANLAGE ZUR RL 1010.6958

**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.<br>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<br>(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 checked="" type="checkbox"/> <b>Dobrava-Hantaan-IgM-Ak</b>                  |
| <input type="checkbox"/> VZV IgG/IgM              | <input type="checkbox"/> Chlam.pneum.IgG/IgA                   | <input type="checkbox"/> Sonstiges:  |
| <input type="checkbox"/> CMV IgG/IgM              | <input type="checkbox"/> Bordetella pertussis<br>Toxin IgG/IgA |  |
| <input type="checkbox"/> HSV IgG/IgM              | <input type="checkbox"/> Parvovirus B19 IgG/IgM                |  |
| <input type="checkbox"/> EBV IgG/IgM/<br>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 23.0, geändert am 30.12.2019

ANLAGE ZUR RL 1010.6958

# 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: _____