

**PATIENTEN-ETIKETT mit BARCODE oder
PATIENTENDATEN** händisch ausfüllen:

Name

Adresse

SV-Nr. Geb. Datum:

Kostenträger: Selbstzahler

Anweisender Arzt/befugte Person **Tel.:**

(Name in Blockbuchstaben) Unterschrift:

Anweisender Arzt:
aus dem niedergelassenen Bereich

Stempel:

EINSENDER (Stempel):

Gewünschte Untersuchung:
 Quantiferon TB Gold plus: Probeneingang: MO - DO bis 14.00 Uhr
(Freitag nach Vereinbarung)
Blut (Lithium Heparin > 4 ml)
(nicht zentrifugieren/nicht kühlen)

WICHTIG ➡
Probeneingang im Labor **muss** am
Abnahmetag erfolgen!

Entnahme Datum:
Entnahme Uhrzeit:

Indikation zur Untersuchung:

Kontakt innerhalb der letzten 8 Wochen mit TBC? Erstuntersuchung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Kontakt mit TBC? Folgeuntersuchung* (> 8 Wo)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
St. p. TBC im Jahr	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Veränderungen im Thorax Röntgen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Klinische Symptome einer TBC?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bestehende Immunerkrankung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bestehende immunschwächende Therapie?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Immunschwächende Therapie geplant?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

*) Bei TBC-Kontakt und initial neg. Quantiferontest (Erstuntersuchung) ist eine Kontrolle 8 Wochen nach Kontakt erforderlich!

**PATIENTEN-ETIKETT mit BARCODE oder
PATIENTENDATEN** händisch ausfüllen:

Name

Adresse

SV-Nr. Geb. Datum:

Kostenträger: Selbstzahler

Anweisender Arzt/befugte Person **Tel.:**

(Name in Blockbuchstaben) Unterschrift:

Anweisender Arzt:
aus dem niedergelassenen Bereich

Stempel:

EINSENDER (Stempel):

Gewünschte Untersuchung:
 Quantiferon TB Gold plus: Probeneingang: MO - DO bis 14.00 Uhr
(Freitag nach Vereinbarung)
Blut (Lithium Heparin > 4 ml)
(nicht zentrifugieren/nicht kühlen)

WICHTIG ➡
Probeneingang im Labor **muss** am
Abnahmetag erfolgen!

Entnahme Datum:
Entnahme Uhrzeit:

Indikation zur Untersuchung:

Kontakt innerhalb der letzten 8 Wochen mit TBC? Erstuntersuchung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Kontakt mit TBC? Folgeuntersuchung* (> 8 Wo)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
St. p. TBC im Jahr	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Veränderungen im Thorax Röntgen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Klinische Symptome einer TBC?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bestehende Immunerkrankung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bestehende immunschwächende Therapie?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Immunschwächende Therapie geplant?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

*) Bei TBC-Kontakt und initial neg. Quantiferontest (Erstuntersuchung) ist eine Kontrolle 8 Wochen nach Kontakt erforderlich!