


 Ärztlicher Direktor: Prim. Dr. med. Klaus Vander 8010 Graz, Stiftingtalstraße 16 Befundauskunft: Tel. 0316/340-5720, Fax 5702 Anfragen zur <u>Probenannahme</u> : Tel.: 0316/340-5704 ANNAHMEZEITEN: Montag bis Donnerstag bis 14:00 Uhr	BEGLEITSCHIN für QUANTIFERON TB GOLD plus UNTERSUCHUNG Version 3.0, 01.05.2022 (2003.0607)		 Steiermärkische Krankenanstalten — IKM – INSTITUT FÜR KRANKENHAUSHYGIENE UND MIKROBIOLOGIE
	PATIENTEN-ETIKETT mit BARCODE <u>oder</u> PATIENTENDATEN händisch ausfüllen:		
Name	EINSENDER (Stempel):		
Adresse			
SV-Nr. Geb. Datum:	Gewünschte Untersuchung: <input type="checkbox"/> Quantiferon TB Gold plus: Probeneingang: MO - DO bis 14.00 Uhr (Freitag nach Vereinbarung) Blut (Lithium Heparin > 4 ml) (nicht zentrifugieren/nicht kühlen)		
Kostenträger:	<input type="checkbox"/> Selbstzahler	<div style="text-align: center;"> WICHTIG ⇨ Probeneingang im Labor <u>muss</u> am <u>Abnahmetag</u> erfolgen! </div>	
Anweisender Arzt/befugte Person	Tel.:		
(Name in Blockbuchstaben)	Unterschrift:	Indikation zur Untersuchung: Kontakt innerhalb der letzten 8 Wochen mit TBC? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Erstuntersuchung 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!	
Anweisender Arzt:			
aus dem niedergelassenen Bereich			
Stempel:			

 Ärztlicher Direktor: Prim. Dr. med. Klaus Vander 8010 Graz, Stiftingtalstraße 16 Befundauskunft: Tel. 0316/340-5720, Fax 5702 Anfragen zur <u>Probenannahme</u> : Tel.: 0316/340-5704 ANNAHMEZEITEN: Montag bis Donnerstag bis 14:00 Uhr	BEGLEITSCHIN für QUANTIFERON TB GOLD plus UNTERSUCHUNG Version 3.0, 01.05.2022 (2003.0607)		 Steiermärkische Krankenanstalten — IKM – INSTITUT FÜR KRANKENHAUSHYGIENE UND MIKROBIOLOGIE
	PATIENTEN-ETIKETT mit BARCODE <u>oder</u> PATIENTENDATEN händisch ausfüllen:		
Name	EINSENDER (Stempel):		
Adresse			
SV-Nr. Geb. Datum:	Gewünschte Untersuchung: <input type="checkbox"/> Quantiferon TB Gold plus: Probeneingang: MO - DO bis 14.00 Uhr (Freitag nach Vereinbarung) Blut (Lithium Heparin > 4 ml) (nicht zentrifugieren/nicht kühlen)		
Kostenträger:	<input type="checkbox"/> Selbstzahler	<div style="text-align: center;"> WICHTIG ⇨ Probeneingang im Labor <u>muss</u> am <u>Abnahmetag</u> erfolgen! </div>	
Anweisender Arzt/befugte Person	Tel.:		
(Name in Blockbuchstaben)	Unterschrift:	Indikation zur Untersuchung: Kontakt innerhalb der letzten 8 Wochen mit TBC? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Erstuntersuchung 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!	
Anweisender Arzt:			
aus dem niedergelassenen Bereich			
Stempel:			