

## Anforderungsformular Molekularbiologie und Genetik

Information Einzelanalyse siehe Analysenverzeichnis im Internet

**Institut für Med. u. Chem. Labordiagnostik - Standort Leoben**  
Lehrkrankenhaus der Medizinischen Universität Graz  
Vorstand: Prim. Priv.-Doz. Dr. Dietmar Enko, LL.M. MBA  
**Laborauskunft (00:00 - 24:00)**  
**Laborärztlicher Dienst (Mo-Fr 08:00 - 16:00)**

T +43 3842 401-2669

Standort Bruck T +43 3862 895-5266

Standort Mürzzuschlag T +43 3852 2080-7581

imcl.hst@kages.at

DaMe-Adresse: KAGES104

### Patient / Patienten-Barcode-Etikett

Nachname \_\_\_\_\_  
Vorname \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_  
PLZ / Wohnort \_\_\_\_\_  
Geb.-Datum \_\_\_\_\_  
SV Nr. \_\_\_\_\_ Geschlecht ☐ m ☐ w ☐ d  
Aufnahmezahl \_\_\_\_\_

### ☐ Klinische Angaben

Diagnose/Therapie/Indikation \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### ☐ Angaben zur Primärprobe

Datum/Uhrzeit der Entnahme \_\_\_\_\_

### ☐ Einsender/Empfänger

Name, Kontaktdaten \_\_\_\_\_  
Arztnummer, Zuständiger Arzt \_\_\_\_\_  
Telefon. erreichbar \_\_\_\_\_

Feld ausschließlich für IMCL

Stempel/Leistungsstellenetikett  
(Einsender/Empfänger)

### Mikrobiologie/PCR-Diagnostik (Informationen zu den Analysen im Internet beachten)

|                                                        |                         |                                                        |             |                                               |          |
|--------------------------------------------------------|-------------------------|--------------------------------------------------------|-------------|-----------------------------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> Influenza A/B PCR             | <b>Ab</b>               | <input type="checkbox"/> Entero-virales-Panel PCR      | <b>StSw</b> | <input type="checkbox"/> Meningitis-Panel PCR | <b>L</b> |
| <input type="checkbox"/> RSV PCR                       | <b>Ab</b>               | <input type="checkbox"/> Entero-bakterielles-Panel PCR | <b>StSw</b> | <input type="checkbox"/>                      |          |
| <input type="checkbox"/> SARS-CoV-2 PCR                | <b>Ab</b>               | <input type="checkbox"/> Entero-parasitäres-Panel PCR  | <b>StSw</b> | <input type="checkbox"/>                      |          |
| <input type="checkbox"/>                               |                         | <input type="checkbox"/> Clostridioides difficile      | <b>StSw</b> | <input type="checkbox"/>                      |          |
| <input type="checkbox"/> MRSA PCR Nasen/Rachenabstrich | <b>Ab</b>               | <input type="checkbox"/> Noroviren PCR                 | <b>St</b>   | <input type="checkbox"/>                      |          |
| <input type="checkbox"/> MRSA PCR Haut                 | <b>Ab</b>               | (NUR außerhalb d. Routinezeit)                         |             | <input type="checkbox"/>                      |          |
| <input type="checkbox"/> MRSA PCR Sonstiges _____      | <b>Ab</b>               | <input type="checkbox"/>                               |             | <input type="checkbox"/>                      |          |
| <input type="checkbox"/>                               |                         | <input type="checkbox"/> HBV PCR                       | <b>E</b>    | <input type="checkbox"/>                      |          |
| <input type="checkbox"/> C.trach./N.gonorr.            | <b>Ab</b> oder <b>H</b> | <input type="checkbox"/> HCV PCR                       | <b>E</b>    | <input type="checkbox"/>                      |          |
| <input type="checkbox"/> T.vagin./M.genit.             | <b>Ab</b> oder <b>H</b> | <input type="checkbox"/> EBV/CMV PCR                   | <b>E</b>    | <input type="checkbox"/>                      |          |
| Lokalisation d. STI-Materials: _____                   |                         | <input type="checkbox"/>                               |             | <input type="checkbox"/>                      |          |
| <input type="checkbox"/>                               |                         | <input type="checkbox"/>                               |             | <input type="checkbox"/>                      |          |
| <input type="checkbox"/> TBC-PCR                       | <b>Sp</b>               | <input type="checkbox"/>                               |             | <input type="checkbox"/>                      |          |
| <input type="checkbox"/>                               |                         | <input type="checkbox"/>                               |             | <input type="checkbox"/>                      |          |
| <input type="checkbox"/>                               |                         | <input type="checkbox"/>                               |             | <input type="checkbox"/>                      |          |

### Genetische Prädisposition (Einverständniserklärung erforderlich)

☐ Faktor V Leiden - Mutation + Prothrombin - Mutation **E**

### Einverständniserklärung für genetische Untersuchung

Ich wurde vom zuweisenden Facharzt/-ärztin über Wesen, Tragweite und Aussagekraft der genetischen Untersuchung aufgeklärt und stimme der Untersuchung zu.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

### Material

- EDTA **E**
- Liquor **L**
- Harn **H**
- StuhlSwab **StSw**
- Abstrich **Ab**
- Stuhl **St**
- Sputum **Sp**



B: 101 V: 05