LKH HOCHSTEIERMARK
Steiermärkische Krankenanstalten

HELP

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, LLL.M. MBA
Laborauskunft (00:00 - 24:00)
Laborärztlicher Dienst (Mo-Fr 08:00 - 16:00)
T +43 3842 401-2669
Mikrobiologie (Leitung: OA Mag. DDr. Michael Gehrer) T +43 3842 401-2416
Standort Bruck T +43 3862 895-5266
Standort Mürzzuschlag T +43 3852 2080-7581
imcl.hst@kages.at
DaMe-Adresse: KAGES104

Reset

Feld ausschließlich für IMCL

Stempel/LeistungsstellenEtikett
(Einsender/Empfänger)

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 _____

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

☐ Influenza A/B PCR	Ab	☐ Entero-virales-Panel PCR	StSw	☐ Meningitis-Panel PCR	L
☐ RSV PCR	Ab	☐ Entero-bakterielles-Panel PCR	StSw	☐ Tropical Fever Panel PCR	E
☐ SARS-CoV-2 PCR	Ab	☐ Entero-parasitäres-Panel PCR	StSw	☐ Joint Infection Panel PCR	SY
☐		☐ Clostridioides difficile PCR	StSw	☐	
☐ MRSA PCR Nasen/Rachenabstrich	Ab	☐ Noroviren PCR	St	☐	
☐ MRSA PCR Haut	Ab	(NUR außerhalb d. Routinezeit)		☐	
☐ MRSA PCR Sonstiges _____	Ab	☐		☐	
☐		☐ HBV PCR	E	☐	
☐ C.trach./N.gonorr.PCR	Ab	☐ HCV PCR	E	☐	
☐ T.vagin./M.genit.PCR	Ab	☐ EBV/CMV PCR	E	☐	
Lokalisation d. STI-Materials: _____		☐		☐	
☐ C.trach./N.gonorr.PCR	HP	☐		☐	
☐ T.vagin./M.genit.PCR	HP	☐		☐	
☐		☐		☐	
☐ TBC-PCR	Sp	☐		☐	

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
- cobas® PCR Urine Sample HP
- StuhlSwab StSw
- Abstrich Ab
- Stuhl St
- Sputum Sp
- Synovia Sy

B: 101 V: 06