

Anforderungsformular Molekularbiologie und Genetik

Standort Leoben

Lehrkrankenhaus der Medizinischen
Universitäten Graz und Wien

Institut für Med. u. Chem. Labordiagnostik

Prim. Priv.-Doz.
Dr. Dietmar Enko, LL.M. MBA
Vorstand

T +43 3842 401-26 69

F +43 3842 401-21 31

imcl.hst@kages.at

www.lkh-hochsteiermark.at

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

