



Email:
 Poststelle-GIL-Labor@lagus.mv-regierung.de
Fon Labor:
 0049 381 4955 329 (Serologie)
 0049 381 4955 320 (Mikrobiologie)
 0049 381 4955 372 (latente Tuberkulose)

Einsenderstempel/Unterschrift	Labornummer/Barcode (wird vom Labor ausgefüllt)
-------------------------------	---

LABORANFORDERUNGSSCHEIN (INFEKTIOLOGIE)

Patientenangaben

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
Straße und Hausnummer: *		PLZ: *	Wohnort: *

I Untersuchungsmaterial

Nativblut/Serum
 Stuhl
 Abstrich
 CITO
 (nach Rücksprache)

Entnahmedatum:	Entnahmezeit:
----------------	---------------

Klinische Angaben

ggf. aktuelle Symptomatik:	ggf. vorliegende Diagnose:	ggf. Indexpatient/Herdkennzeichnung:
----------------------------	----------------------------	--------------------------------------

Hiermit versichere ich, dass die beigegefügte STUHLPROBE meinen eigenen Ausscheidungen entstammt und mir bekannt ist, dass falsche Angaben strafrechtlich verfolgt werden und Haftungsgründe auslösen können.

Unterschrift:

* nur bei Rechnungserstellung
 ** auf Anfrage
 *** spezielle Transportmedien erforderlich

II Serologie

HIV				Hepatitis A			
HIV 1/2 - Suchtest		<input type="checkbox"/>		anti HAV total		<input type="checkbox"/>	
HIV 1/2 (Immunoblot)		<input type="checkbox"/>		anti HAV IgM		<input type="checkbox"/>	
Lues				Hepatitis B			
Lues - Suchtest		<input type="checkbox"/>		anti HBs total		<input type="checkbox"/>	
<i>T. pallidum</i> IgG (Immunoblot)		<input type="checkbox"/>		anti HBc total		<input type="checkbox"/>	
<i>T. pallidum</i> IgM (Immunoblot)		<input type="checkbox"/>		HBs Antigen		<input type="checkbox"/>	
Cardiolipin - Antikörper (CMT)		<input type="checkbox"/>		weitere HBV **		<input type="checkbox"/>	
weitere Infektionserkrankungen		IgG	IgM	Hepatitis C			
Masern		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	anti HCV		<input type="checkbox"/>	
Varizellen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	anti HCV (Immunoblot)		<input type="checkbox"/>	
Borrelien		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis E		IgG	IgM
Borrelien (Immunoblot)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	anti HEV		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
weitere **		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	anti HEV (Immunoblot)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

III Mikrobiologie/Genomnachweis

Gastrointestinale Infektionen			Respiratorische Infektionen	
Salmonellen	<input type="checkbox"/>		Influenza A -, B -, H1N1 <i>pdm09</i> - Virus	<input type="checkbox"/>
Shigellen ***	<input type="checkbox"/>		Resp. Syncytialvirus (RSV)	<input type="checkbox"/>
Campylobacter ***	<input type="checkbox"/>		Humanes Metapneumovirus (HMPV)	<input type="checkbox"/>
<i>Yersinia enterocolitica</i>	<input type="checkbox"/>		weitere **	<input type="checkbox"/>
<i>E. coli</i> (EHEC)	<input type="checkbox"/>		Infektionen des Urogenitaltraktes (STI)	
<i>E. coli</i> (EPEC, EAEC, weitere)	<input type="checkbox"/>		Mycoplasmen/Ureaplasmen	<input type="checkbox"/>
Norovirus	<input type="checkbox"/>		<i>Candida ssp.</i>	<input type="checkbox"/>
Rotavirus	<input type="checkbox"/>		<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	<input type="checkbox"/>
Astro -, Adeno -, Sapovirus	<input type="checkbox"/>		<i>Chlamydia trachomatis</i>	<input type="checkbox"/>
weitere **	<input type="checkbox"/>		weitere **	<input type="checkbox"/>

IV latente Tuberkulose

Quantiferon - Test (**UNBEDINGT Entnahmedatum und Entnahmezeit angeben, siehe Abschnitt I**)

Start Inkubation 37°C Datum: Uhrzeit:

Ende Inkubation 37°C Datum: Uhrzeit:

Umgebungsuntersuchung zu Indexpatient (siehe Abschnitt I)

anderer Anlass

* nur bei Rechnungserstellung
 ** auf Anfrage
 *** spezielle Transportmedien erforderlich