

## Analyseauftrag zur molekularen Diagnostik - Erregerdiagnostik

<b>PD Dr. med. P. Czapiewski</b> Facharzt für Pathologie Auenweg 38, 06847 Dessau-Roßlau Tel.: 0340/501-1070; Fax: 0340/501-1029 E-Mail: p.czapiewski@klinikum-dessau.de	<b>PD Dr. rer. nat. K. Neumann</b> Molekularpathologisches Labor Tel.: 0340/501-4055 E-Mail: karsten.neumann@klinikum-dessau.de
<b>Patientenname:</b>  <b>Geburtsdatum:</b>  <b>Ihre Fallnummer:</b>	<b>Klinischer Auftraggeber:</b>  <b>Befund nachrichtlich an diesen?</b> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
<b>Material:</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-left: 20px;"> <div style="width: 60%;"> <input type="checkbox"/> Paraffinblock (wird zurückgesandt)  <input type="checkbox"/> Blut (Vollblut – EDTA, Knochenmark)  <input type="checkbox"/> Tupfer CK-Abstrich                             </div> <div style="width: 35%;"> <input type="checkbox"/> Liquor  <input type="checkbox"/> Synovial-Flüssigkeit                             </div> </div>	
<b>Bakterien</b> <input type="checkbox"/> <i>Bartonella</i> <input type="checkbox"/> <i>Borrelia</i> <input type="checkbox"/> <i>Brucella</i> <input type="checkbox"/> <i>Campylobacter</i> <input type="checkbox"/> <i>Chlamydia trachomatis</i> <input type="checkbox"/> <i>Chlamydia pneumoniae</i> <input type="checkbox"/> <i>Clostridium</i> <input type="checkbox"/> <i>Echerichia coli</i> <input type="checkbox"/> <i>Enterococcus faecalis</i> <input type="checkbox"/> <i>Francisella</i> <input type="checkbox"/> <i>Helicobacter pylori</i> <input type="checkbox"/> <i>Leishmania</i> <input type="checkbox"/> Listerien <input type="checkbox"/> Mikrosporidien <input type="checkbox"/> <i>Mycobacterium tuberculosis</i> und MOTT <input type="checkbox"/> <i>Proteus mirabilis</i> <input type="checkbox"/> Spirochäten <input type="checkbox"/> <i>Staphylococcus</i> <input type="checkbox"/> <i>Streptococcus</i> <input type="checkbox"/> <i>Toxoplasma gondii</i> <input type="checkbox"/> <i>Treponema pallidum</i> <input type="checkbox"/> <i>Tropheryma whipplei</i> <input type="checkbox"/> <i>Yersinia</i>  <input type="checkbox"/> Anderes (Bitte spezifizieren)	<b>Viren</b> <input type="checkbox"/> Adenoviren <input type="checkbox"/> EBV <input type="checkbox"/> CMV <input type="checkbox"/> HHV-7 <input type="checkbox"/> HHV-8 <input type="checkbox"/> HPV <input type="checkbox"/> HSV I und II <input type="checkbox"/> MCPyV <input type="checkbox"/> Orf-Virus <input type="checkbox"/> VZV  <b>Protozoa</b> <input type="checkbox"/> <i>Encephalitozoon cuniculi</i>  <b>Pilze</b> <input type="checkbox"/> <i>Pneumocystes jirovecii</i> <input type="checkbox"/> <i>Mucor</i> <input type="checkbox"/> <i>Kryptokokkus neoformans</i>  <b>Sepsis-Tests (MolZym, Kein Paraffinmaterial!)</b> <input type="checkbox"/> Bakterien <input type="checkbox"/> Pilze
<b>Kostenträger:</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-left: 20px;"> <input type="checkbox"/> KV (Ü-Schein bitte mitsenden)                             <input type="checkbox"/> stationär                             <input type="checkbox"/> privat                         </div>	
<b>Absender:</b>         <b>Tel. für Rücksprache:</b>	
<b>Unterschrift (Stempel)</b>	