

## D&F Institut für Hygiene, Mikrobiologie und Umweltmedizin

Vorstand: Univ. Prof. Dr. Ivo Steinmetz  
Neue Stiftingtalstraße 6, 8010 Graz

## Infektionsserologie

Tel. 0316/385-73748 / 73749, Fax 0316/385-79647

<b>Familienname:</b> _____ <b>Vorname:</b> _____ <b>Geb.-Datum (TTMMJJ):</b> ___/___/___ <b>Geschlecht:</b> <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <b>Krankenkasse:</b> _____ <b>SV-Nr.:</b> _____ <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> Grav./SSW:____ <input type="checkbox"/> immunsupprimiert	<b>Einsender mit Telefonnummer/Fax:</b>   
---	---

**Abnahmedatum (TTMMJJ):** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

**Uhrzeit (HHMM):** \_\_\_/\_\_\_

### Probenmaterial:

- |                                |                                    |                                 |  |
|--------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Serum | <input type="checkbox"/> Nativblut | <input type="checkbox"/> Liquor | <input type="checkbox"/> Nabelschnurblut |
| <input type="checkbox"/> BAL   | <input type="checkbox"/> Sputum    | <input type="checkbox"/> Harn   | <input type="checkbox"/> Stuhl           |

**Klinische Diagnose:** \_\_\_\_\_

**Im niedergelassenen und ambulanten Klinikbereich bitte immer Überweisungsschein mitsenden!**

### ANTIKÖRPERNACHWEIS

### ANTIGENNACHWEIS

#### VIREN

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Adeno <sup>4,5</sup>             | <input type="checkbox"/> HIV-Ag/AK <sup>4</sup>                       |
| <input type="checkbox"/> Coxsackie <sup>4,5</sup>         | <input type="checkbox"/> HIV-Bestätigung <sup>11</sup>                |
| <input type="checkbox"/> CMV <sup>4,7</sup>               | <input type="checkbox"/> HHV 6 <sup>6,9</sup>                         |
| <input checked="" type="checkbox"/> CMV-Avidität          | <input type="checkbox"/> HSV <sup>4,7</sup>                           |
| <input checked="" type="checkbox"/> Dengue <sup>4,7</sup> | <input checked="" type="checkbox"/> HSV 1/2 Typisierung <sup>11</sup> |
| <input type="checkbox"/> Entero <sup>4,5</sup>            | <input type="checkbox"/> Influenza A <sup>4,5</sup>                   |
| <input type="checkbox"/> EBV <sup>4,7</sup>               | <input type="checkbox"/> Influenza B <sup>4,5</sup>                   |
| <input type="checkbox"/> EBNA <sup>11</sup>               | <input type="checkbox"/> Masern <sup>4,7</sup>                        |
| <input type="checkbox"/> FSME <sup>4,7</sup>              | <input type="checkbox"/> Mumps <sup>4,7</sup>                         |
| <input type="checkbox"/> HAV <sup>4,7</sup>               | <input type="checkbox"/> Parainfluenza <sup>4,5</sup>                 |
| <input type="checkbox"/> HBV                              | <input type="checkbox"/> Parvovirus B19 <sup>4,7</sup>                |
| <input type="checkbox"/> HCV <sup>4</sup>                 | <input type="checkbox"/> RSV <sup>4,5</sup>                           |
| <input checked="" type="checkbox"/> HCV <sup>11</sup>     | <input checked="" type="checkbox"/> Röteln <sup>4,7</sup>             |
| <input checked="" type="checkbox"/> HDV <sup>4</sup>      | <input checked="" type="checkbox"/> SARS-CoV-2 <sup>4</sup>           |
| <input checked="" type="checkbox"/> HEV <sup>4,7</sup>    | <input type="checkbox"/> VZV <sup>4,7</sup>                           |

#### BAKTERIEN

- Anaplasma <sup>6,9</sup>
- Bordetella pertussis <sup>4,5</sup>
- Borrelia burgdorferi s.l. <sup>4,7</sup>
- Borrelia-Immunoblot IgG <sup>11</sup>
- Borrelia-Immunoblot IgM <sup>11</sup>
- Campylobacter jejuni <sup>4,5</sup>
- Helicobacter pylori <sup>5</sup>
- Legionella pneumophila <sup>4,7</sup>

Treponema pallidum <sup>4</sup>

Yersinia <sup>4,5</sup>

Yersinia <sup>11</sup>

#### PILZE (Antikörper)

- Aspergillus spp. <sup>8</sup>
- Candida albicans <sup>4</sup>

#### PARASITEN

- Amöben <sup>4</sup>
- Bilharzien <sup>4</sup>
- Echinokokken <sup>4</sup>
- Leishmanien <sup>4</sup>
- Toxoplasma gondii <sup>4,7</sup>
- Toxoplasma gondii <sup>4</sup>

#### SONSTIGE BAKTERIEN

- Bartonella hens. <sup>6</sup>
- Chlamydophila pneumoniae <sup>4,5</sup>
- Chlamydia trachomatis <sup>4,5</sup>
- Mycoplasma pneumoniae <sup>4,7</sup>
- Coxiella burnetii <sup>4,7</sup>
- Rickettsia conorii <sup>6</sup>

- |                |  |
|----------------|--|
| <b>Serum:</b>  | <input type="checkbox"/> Aspergillus GM*           |
|                | <input type="checkbox"/> Candida                   |
|                | <input checked="" type="checkbox"/> HIV-p24 Ag     |
| <b>Liquor:</b> | <input checked="" type="checkbox"/> Pneumokokken   |
| <b>BAL:</b>    | <input type="checkbox"/> Aspergillus GM*           |
| <b>Harn:</b>   | <input checked="" type="checkbox"/> Pneumokokken   |
|                | <input checked="" type="checkbox"/> Legionella pn. |
| <b>Stuhl:</b>  | <input type="checkbox"/> Rotavirus                 |
|                | <input type="checkbox"/> Adenovirus                |
|                | <input checked="" type="checkbox"/> Astrovirus     |
|                | <input checked="" type="checkbox"/> Norovirus      |

#### Legende:

4 EIA-IgG  
7 EIA-IgM

5 EIA-IgA

9 Indirekte Immunfluoreszenz IgM

6 Indirekte Immunfluoreszenz IgG

11 Immunoblot

8 IHA

\* Galaktomannan

**Information: Mit  gekennzeichnete Untersuchungen sind nicht über Kasse verrechenbar! Bitte informieren Sie Ihre Patient\*innen! Antikörper gegen Röteln (IgG und IgM) und gegen Toxoplasmose (IgG) sind nur bei Schwangerschaft über die Kasse verrechenbar. Helicobacter pylori ist nur bei Einsendung durch FA Innere Medizin, FA Kinderheilkunde und FA Chirurgie verrechenbar.**

## D&F Institut für Hygiene, Mikrobiologie und Umweltmedizin

Vorstand: Univ. Prof. Dr. Ivo Steinmetz  
Neue Stiftingtalstraße 6, 8010 Graz

### BLOCKANFORDERUNG

Nur bei Infektionen unklarer Genese führen wir Untersuchungsblöcke durch, die epidemiologisch gesehen die häufigsten in Frage kommenden Erreger beinhalten. Das Spektrum kann durch die im Anschluss aufgelisteten Erreger erweitert und durch Zusatzanforderungen ergänzt werden. In eindeutigen Fällen ersuchen wir, von den Einzelanforderungen Gebrauch zu machen.

#### ARTHRITIS:

- BLOCK: Chlamydia trachomatis, Mycoplasma pneumoniae, Borrelia burgdorferi s.l., Yersinia spp., Parvovirus B19, Coxsackieviren

#### NEUROTROPE ERREGER:

- BLOCK: Enteroviren, HSV, VZV, Adenoviren, FSME, Coxsackieviren, EBV
- ZUSATZ:  Masern  Mumps  CMV  Influenza A/B  Mycoplasma pneumoniae
  - Röteln  Borrelia burgdorferi s.l.
  - Borrelien Reiber Index: Nur aus Serum/Liquor-Paar vom selben Tag (optimale Abnahme innerhalb einer Stunde)
  - HSV Reiber-Index: Nur aus Serum/Liquor-Paar vom selben Tag (optimale Abnahme innerhalb einer Stunde)
  - FSME Reiber Index: Nur aus Serum/Liquor-Paar vom selben Tag (optimale Abnahme innerhalb einer Stunde)
  - VZV Reiber Index: Nur aus Serum/Liquor-Paar vom selben Tag (optimale Abnahme innerhalb einer Stunde)

#### PNEUMOTROPE ERREGER:

- BLOCK: Influenza A/B, Parainfluenza, Adenoviren, RSV, Coxiella burnetii, Mycoplasma pneumoniae, Chlamydia pneumoniae
- ZUSATZ:  Bordetella pertussis  Masern  CMV  HSV  VZV  Legionella pneumophila

#### STATUS FEBRILIS:

- BLOCK: Enteroviren, Influenza A/B, Parainfluenza, Adenoviren, CMV, EBV
- ZUSATZ:  Coxsackieviren  Mycoplasma pneumoniae  HSV  VZV  RSV  FSME  HHV 6

#### LYMPHOTROPE ERREGER:

- BLOCK: CMV, EBV, Toxoplasma gondii, Coxsackieviren
- ZUSATZ:  Mumps  Adenoviren  Enteroviren  Bartonella henselae  Röteln

#### GLANDULO-/DERMATOTROPE ERREGER:

- BLOCK: Enteroviren, Mumps, EBV, Parvovirus B19, Coxsackieviren, HHV 6
- ZUSATZ:  Masern  VZV  Borrelia burgdorferi  Bartonella henselae  Röteln

#### PRÄ- UND PERINATALE INFEKTION:

- BLOCK: Röteln, CMV, VZV, Parvovirus B19
- ZUSATZ:  HSV  HBV  HCV  HIV  Chlamydia trachomatis  Toxoplasma gondii

#### HEPATITIS:

- BLOCK: HAV, HBV, HCV
- ZUSATZ:  HEV  CMV  EBV  HHV 6  HBV-Komplettscreening

#### TRANSPLANTATION/IMMUNSUPPRESSION:

- BLOCK: CMV, EBV, HSV, VZV
- ZUSATZ:  HBV  HCV  Toxoplasma gondii  Legionella pneumophila  Candida spp.  Parvovirus B19  HHV 6

#### IMPFFERFOLGSKONTROLLE:

- HAV  HBV  FSME  Röteln  VZV  Masern  Mumps  Diphtherie  Tetanus

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

Name anfordernder Arzt/Ärztin: \_\_\_\_\_  
(Bitte in Blockschrift)