

Diagnostik & Forschungsinstitut für Hygiene, Mikrobiologie und Umweltmedizin

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

Molekulare Virus- und Parasitendiagnostik (PCR)
Molekulare Bakterien- und Pilzdiagnostik (PCR)
Med. Chem. Stuhldiagnostik
Tel. 0316/385-73701, Fax 0316/385-79648

Familienname: _____
Vorname: _____
Geb.-Datum (TTMMJJ): ___/___/___ Geschlecht: m w d
Krankenkasse: _____ SV-Nr.: _____
 stationär ambulant privat Grav./SSW: _____
 immunsupprimiert

Einsender*in mit Telefonnummer/Fax: _____

Bitte Barcode freilassen!



Klinische Diagnose: _____ Im niedergelassenen & ambulanten Klinikbereich bitte immer Überweisungsschein mitsenden!

Abnahmedatum (TTMMJJ): ___/___/___/

Uhrzeit (HHMM): ___/___

Probenmaterial:

- Abstrich (AB) BAL Biopsie (BI) EDTA-Blut (E) Fruchtwasser (FW) Harn (H)
 Knochenmarkspirat (KM) Liquor (L) Nasenabstrich (NAA) Nasensekret (NS) Rachenabstrich (RA) Rachenspülflüssigkeit (R)
 Sputum (SP) Stuhl (ST) Trachealsekret (TS) _____

Viren	Probenmaterial
<input type="radio"/> Adenoviren	AB, BAL, BI, E, H, L, NAA, NS, RA, ST, TS
<input type="radio"/> Astroviren	ST
<input type="radio"/> CMV	BAL, BI, E, FW, H, KM, L, ST
<input type="radio"/> Coronaviren saisonal	BAL, NAA, R, RA, TS
<input type="checkbox"/> Coronavirus SARS-CoV-2 (Kostenübernahme lt. Richtlinien der Krankenversicherungsträger)	BAL, RA, TS
<input type="radio"/> EBV	BAL, BI, E, H, KM, L
<input type="radio"/> Enteroviren	AB, BAL, E, L, RA, ST
<input type="radio"/> HAV	E, ST
<input type="radio"/> HBV	E (min. 6 ml)
<input type="checkbox"/> HCV	E (min. 6 ml)
<input type="radio"/> HDV	E
<input type="radio"/> HEV	E, ST
<input type="radio"/> HHV-6	BAL, E, KM, L
<input type="checkbox"/> HIV-1	E (min. 6 ml), L
<input type="radio"/> HPV	AB
<input type="checkbox"/> HSV-1/2	AB, BAL, E, L
<input type="radio"/> Influenzavirus A/B	BAL, NAA, R, RA, TS
<input type="radio"/> Masernvirus	BAL, RA, TS
<input type="radio"/> Metapneumovirus	BAL, NAA, R, RA, TS
<input type="radio"/> Norovirus	ST
<input type="radio"/> Parainfluenzavirus	BAL, NAA, R, RA, TS
<input type="radio"/> Parvovirus B19	E, FW, KM, L
<input type="radio"/> Polyomavirus BK	E, H, L
<input type="radio"/> Polyomavirus JC	E, H, L
<input type="radio"/> Rhinovirus	BAL, NAA, R, RA, TS
<input type="radio"/> Rotavirus	ST
<input type="radio"/> RSV	BAL, NAA, R, RA, TS
<input type="radio"/> TTV	E
<input type="radio"/> VZV	AB, BAL, E, L

Blöcke (Probenmaterial)	Erreger
<input type="radio"/> Transplantation 1 (E)	Adenovirus, CMV, EBV, HHV-6, HSV-1/2, Parvovirus B19
<input type="radio"/> Transplantation 2 (BAL)	Adenovirus, CMV
<input type="radio"/> Transplantation 3 (H)	Adenovirus, CMV, Polyomavirus BK
<input type="radio"/> Herztransplantation (E) (2x min. 6 ml)	CMV, EBV, HAV, HBV, HCV, HSV-1/2, TTV, VZV, Toxoplasma gondii
<input type="radio"/> Meningoenzephalitis (L)	14 neurotrope Erreger (siehe Meningoenzephalitis-Schein)
<input type="radio"/> SARS-CoV-2/Influenza/RSV (BAL, RA, TS)	Coronavirus SARS-CoV-2, Influenzavirus A/B, RSV (SARS-CoV-2: Kostenübernahme lt. Richtlinie d. Krankenkassen)
<input type="checkbox"/> STI (AB, H)	Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae

Bakterien	Probenmaterial
<input type="radio"/> Bordetella parapertussis*	BAL, R, RA, TS
<input type="radio"/> Bordetella pertussis*	BAL, R, RA, TS
<input type="checkbox"/> Chlamydia pneumoniae	BAL, NAA, R, RA, TS
<input type="checkbox"/> Legionella pneumophila	BAL, SP, TS
<input type="radio"/> Mycoplasma pneumoniae	BAL, NAA, R, RA, TS
<input type="radio"/> Mycobacterium tub. complex	BAL, SP

Parasiten	Probenmaterial
<input type="radio"/> Cryptosporidium spp.	ST
<input type="radio"/> Dientamoeba fragilis	ST
<input type="radio"/> Entamoeba histolytica	ST
<input type="radio"/> Giardia lamblia	ST
<input type="radio"/> Toxoplasma gondii	E, FW, L

Pilze	Probenmaterial
<input type="radio"/> Aspergillus spp.	BAL, BI, E
<input type="radio"/> Pneumocystis jirovecii	BAL

Med. Chem. Stuhldiagnostik	Probenmaterial
<input type="radio"/> Calprotectin	ST
<input type="checkbox"/> Chymotrypsin	ST
<input type="checkbox"/> Elastase	ST

Diese Nachweise sind im niedergelassenen Bereich nicht über die Kasse verrechenbar! Bitte informieren Sie Ihre Patient*innen!

* inkl. Bakterienkultur bei positivem PCR-Ergebnis

Einsendeschein unter <https://hygiene.medunigraz.at/>

Datum (TTMMJJ): ___/___/___/

Unterschrift & Name (in Blockschrift) der*des anfordernden Ärztin*Arztes: _____