

## Untersuchungsanforderung Molekulare Erregerdiagnostik

<b>Patientendaten</b> Familienname: ..... Vorname: ..... m/w: ..... Geburtsdatum: ..... SV-Nr.: ..... Vers.: ..... AZ/Fallzahl: .....	<b>Einsenderangaben/Stempel</b> Arzt/Ärztin: ..... Klinik/Abteilung: ..... Tel.Nr.: ..... Unterschrift: .....
<b>Gebührenklasse:</b> <input type="checkbox"/> Allgemein <input type="checkbox"/> Sonderklasse	<b>Behandlung:</b> <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ambulant

<b>Datum/Zeit der Entnahme:</b> ..... <b>Untersuchungsmaterial:</b> (Anzahl: .... Röhrchen, .... Blöcke, .... Schnitte, .... Sonstiges) <input type="checkbox"/> <b>Paraffinmaterial:</b> ..... <b>Paraffinblock:</b> Dauer der Fixierung ..... Std. <small>(Nummer des Blocks)</small> <input type="checkbox"/> 10% neutral gepuffertes Formalin (=4% Formaldehydlösung) <input type="checkbox"/> <b>Andere Fixierung:</b> ..... <input type="checkbox"/> <b>EDTA-Blut</b> (1x 6ml): ..... <small>(Leukozytenzahl)</small> <input type="checkbox"/> <b>Liquor</b> <input type="checkbox"/> <b>BAL</b> <input type="checkbox"/> <b>Stuhlprobe</b> <input type="checkbox"/> <b>Sonstiges:</b> .....	<b>Pathologie</b> Eingangsdatum/-zeit ..... E-Nr. <b>BARCODE</b> E-Nr. <b>BARCODE</b>
<b>Laborinterne Daten:</b> Materialauswahl von [ ] am [ ] Nummer/Bezeichnung [ ] [ ] <input type="checkbox"/> markiertes Areal <input type="checkbox"/> gesamter Schnitt	

**Klinische Diagnosen/Fragestellungen/gegenwärtige Therapien:** (bei med. Fragestellungen DW: 71743)

**Untersuchungen (Nukleinsäurenachweis mittels PCR):**

- |  |  |
|--|--|
| <p><b>Viren</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Herpes simplex Virus Typ 1+2 **</li> <li><input type="checkbox"/> Cytomegalie Virus **</li> <li><input type="checkbox"/> Epstein Barr Virus **</li> <li><input type="checkbox"/> Varizella Zoster Virus **</li> <li><input type="checkbox"/> Parvovirus B19 **</li> <li><input type="checkbox"/> Humane Papillomaviren<br/><small>(high risk/low risk Subtypisierung)</small></li> </ul> <p><b>Weitere Erreger</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Toxoplasma gondii</li> <li><input type="checkbox"/> Universeller Pathogennachweis (ShotGun NGS, nur nach telefonischer Rücksprache DW 71743)</li> </ul> | <p><b>Bakterien und Pilze</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Mycobacterium tuberculosis Komplex</li> <li><input type="checkbox"/> Mycobakterien (inkl. atypische/MOTT)</li> <li><input type="checkbox"/> Bartonella species</li> <li><input type="checkbox"/> Helicobacter pylori (inkl. Clarithromycin Resistenzmutation)</li> <li><input type="checkbox"/> Tropheryma whipplei</li> <li><input type="checkbox"/> NGS Panbakterielle PCR (16S rRNA Gen)</li> <li><input type="checkbox"/> NGS Panfungale PCR (ITS)</li> </ul> <p>* Abnahme und Versandkriterien siehe Homepage<br/>                 ** quantitativ</p> |
|--|--|

**Diagnostische Mikrobiomanalyse**

Antibiotika in den letzten 2 Monaten:  Ja  Nein Falls ‚Ja‘, welche: .....

PPI:  Ja  Nein

**Diagnose/ Fragestellungen:**

M. Crohn  Colitis Ulcerosa  IBS  C. difficile  Sonstiges: .....

<b>Untersuchungsmaterial</b>	<b>Lokalisation</b>
<input type="checkbox"/> Stuhl <input type="checkbox"/> Biopsie	.....
<input type="checkbox"/> Stuhl <input type="checkbox"/> Biopsie	.....
<input type="checkbox"/> Stuhl <input type="checkbox"/> Biopsie	.....

**Einverständniserklärung:**  
 Die Information über die Art und Anzahl von Mikroorganismen in Ihrer Probe ist für die wissenschaftliche Forschung sehr wertvoll. Deshalb ersuchen wir Sie um Erlaubnis die bei dieser Analyse entstehenden Daten für die wissenschaftliche Forschung verwenden zu dürfen. Ihre Daten werden für Forschungszwecke anonymisiert.

**Ich bin mit der Durchführung der Analyse und der Verwendung der Daten aus Mikrobiomanalyse für wissenschaftliche Zwecke einverstanden:**  Ja  Nein Unterschrift der/s **Patientin/en** (bzw. gesetzlicher Vertreter)

Der Patient / die Patientin wurde darüber informiert, dass der Befund an den Einsender bzw. die einsendende Abteilung retourniert wird und erklärt sich damit einverstanden