

Patient: Geb.Datum: Anschrift:	Einsender: Auftragsdatum:	
Versicherungsnummer/Krankenkasse: _____ Ambulant <input type="checkbox"/> Stationär <input type="checkbox"/>		
INFEKTIONS DIAGNOSTIK		
Antikörpernachweis (Serum)	Antikörpernachweis (Li-Heparin)	
<input type="checkbox"/> Borrelien <input type="checkbox"/> FSME <input type="checkbox"/> FSME-Impferfolg <input type="checkbox"/> HSV (Herpes simplex-Virus) <input type="checkbox"/> Masern <input type="checkbox"/> Masern-Impferfolg <input type="checkbox"/> Mumps IgG <input type="checkbox"/> Mycoplasmen <input type="checkbox"/> Parvovirus B19 <input type="checkbox"/> Toxoplasmose Toxoplasmose-Vorbefund: _____ <input type="checkbox"/> VZV (Varizellen-Zoster-Virus) <input type="checkbox"/> VZV IgG-Immunität	<input type="checkbox"/> CMV (Cytomegalie-Virus) <input type="checkbox"/> EBV (Epstein-Barr-Virus) <input type="checkbox"/> Hepatitis A-IgM <input type="checkbox"/> Hepatitis A Hepatitis B <input type="checkbox"/> Anti HBc <input type="checkbox"/> Anti HBc-IgM <input type="checkbox"/> HBsAG <input type="checkbox"/> HBeAG <input type="checkbox"/> Anti HBe <input type="checkbox"/> Anti HBs <input type="checkbox"/> Hepatitis B-Impferfolg-Anti HBs <input type="checkbox"/> Hepatitis C <input type="checkbox"/> HIV 1+2 AG/AK (Screening) <input type="checkbox"/> Röteln <input type="checkbox"/> Röteln-Impferfolg <input type="checkbox"/> SARS-CoV-2-Spike <input type="checkbox"/> SARS-CoV-2-Nukleokapsid <input type="checkbox"/> Syphilis	
Antikörpernachweis (Liquor) <input type="checkbox"/> Borrelien* <input type="checkbox"/> FSME* *parallele Einsendung von Serum erforderlich !		
Direkter Erregernachweis PCR		
<input type="checkbox"/> Affenpocken/Abstrich Chlamydia trachomatis <input type="checkbox"/> Abstrich <input type="checkbox"/> Auge li <input type="checkbox"/> Auge re <input type="checkbox"/> Ejakulat <input type="checkbox"/> Harn <input type="checkbox"/> Portio <input type="checkbox"/> Punktat <input type="checkbox"/> Urethra <input type="checkbox"/> CMV/EDTA <input type="checkbox"/> CMV/Harn <input type="checkbox"/> CMV/Lavage <input type="checkbox"/> CMV/Liquor <input type="checkbox"/> EBV/EDTA <input type="checkbox"/> EBV/Lavage <input type="checkbox"/> EBV/Liquor	<input type="checkbox"/> Enterovirus/Liquor <input type="checkbox"/> Hepatitis B quantitativ/EDTA <input type="checkbox"/> Hepatitis C quantitativ/EDTA <input type="checkbox"/> Hepatitis C Genotyp/EDTA <input type="checkbox"/> HIV quantitativ/EDTA <input type="checkbox"/> HSV-1 (Typ 1+2)/EDTA <input type="checkbox"/> HSV (Typ 1+2)/Liquor <input type="checkbox"/> HPV (high risk-low risk)/Abstrich <input type="checkbox"/> Influenza/Abstrich <input type="checkbox"/> MRSA/Abstrich	Mycobacterium tuberculosis <input type="checkbox"/> BAL/Sputum <input type="checkbox"/> Harn <input type="checkbox"/> Liquor Neisseria gonorrhoeae <input type="checkbox"/> Abstrich <input type="checkbox"/> Ejakulat <input type="checkbox"/> Harn <input type="checkbox"/> Portio <input type="checkbox"/> Urethra <input type="checkbox"/> Noroviren/Stuhl <input type="checkbox"/> RSV/Abstrich <input type="checkbox"/> SARS-CoV-2/Abstrich <input type="checkbox"/> VZV/EDTA <input type="checkbox"/> VZV/Liquor