

**Anweisung zur Immunfluoreszenzuntersuchung**

Prot.Nr.:

Titel <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		PatientIn: Familienname in Blockschrift <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Vorname <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Beruf: <input type="text"/> männl. <input type="checkbox"/>	
Geburtsname: <input type="text"/>		Geb.-Datum (Pat.): <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Dienstgeber: <input type="text"/> weibl. <input type="checkbox"/>			
Versicherte/r: <input type="text"/>		Geb.-Datum (Vers.): <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		Kasse (Pat.): <input type="text"/> Vers.-Nr.: <input type="text"/>			
PLZ: <input type="text"/>		Wohnort: <input type="text"/>		Straße: <input type="text"/>		Kasse (Vers.): <input type="text"/> Vers.-Nr.: <input type="text"/>	
Sonderklasse: <input type="text"/>		Gegenstand, Organlokalisierung, Fragestellung:   					
<input type="checkbox"/> Direkte Immunfluoreszenz				<input type="checkbox"/> Pneumocystis carinii		Datum und Uhrzeit der Probenentnahme:	
<input type="checkbox"/> Indirekte Immunfluoreszenz				<input type="checkbox"/> Mykobakterien			
<input type="checkbox"/> Antikörper gegen Haut-Epidermis-Basalmembran							
<input type="checkbox"/> Antikörper gegen Haut-Interzellulärsubstanz							
<input type="checkbox"/> Antikörper gegen humane Spalhhaut							
<input type="checkbox"/> IgG							
<input type="checkbox"/> IgA							
Einsender: <input type="text"/>							
Datum: <input type="text"/>							
Name/Stempel des/der zuständigen Arztes/Ärztin <input type="text"/>				Telefon <input type="text"/>			

Es wird gebeten, alle Datenfelder gut leserlich und komplett auszufüllen, um Verzögerungen in der Befundübermittlung, die sich auf Grund von Rückfragen ergeben, zu verhindern. Im Falle unvollständiger Datenübermittlung muss nach dem Selbstzahlertarif abgerechnet werden.