

Institut für Klinische Pathologie und Molekularpathologie
Feschnigstraße 11, 9020 Klagenfurt

Vorstand: Primararzt Univ. Doz. Dr. Hermann ROGATSCH • Tel.: 0463/538/38303 • Fax: 0463/538/38309



Anweisung zur Immunfluoreszenzuntersuchung

Prot.Nr.:

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