

**E i n s e n d e r**

Stempel auch auf Kopien anbringen

**P a t i e n t e n d a t e n**

Name	Vorname	geb. am
PLZ	Wohnort	Straße
Kostenträger	<input type="checkbox"/> Selbst- zahler	stationär auf:
Arbeitgeber	<input type="checkbox"/> ambulant	
Name des Versicherten	Vorname	geb. am

Telefon:

**K l i n i s c h e A n g a b e n**

<b>→ Entnahmedatum:</b>		<b>Entnahmeuhrzeit:</b>	
<b>Datum der stationären Aufnahme:</b>	<b>Erkrankt am / vor:</b>	<b>Immunsuppression:</b>	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
<b>Antibiotikatherapie:</b>		<b>AIDS:</b>	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
<b>Verdachtsdiagnose:</b>			
<b>Angaben aus klinischer Chemie (falls schon vorliegend):</b>	Erythrozyten (T/l): Leukozyten (G/l):	Thrombozyten (G/l): Eosinophile (%):	IgE (U/ml):
<b>Auslandsaufenthalt:</b>	<input type="checkbox"/> wenn ja, wo?:	Unterschrift des Arztes	

**G e w ü n s c h t e U n t e r s u c h u n g**

<input type="checkbox"/> <b>Stuhl</b> <input type="radio"/> Wurmeier / Würmer <input type="radio"/> Amöben <input type="radio"/> Giardia / Lamblien <input type="radio"/> Cryptosporidien	<input type="checkbox"/> <b>Sputum</b> <i>Paragonimus spp.</i>	<input type="checkbox"/> <b>Gewebe / Punktat</b> (nach telefonischer Rücksprache) <i>nähere Angabe zur Materialart:</i>	<input type="checkbox"/> <b>Blut</b> <input type="radio"/> <i>Babesia spp.</i> (Zitrat-, EDTA-Blut) <input type="radio"/> Filarien (z. B.: <i>Loa Loa</i> , <i>Wuchereria bancrofti</i> ) (nach telefonischer Rücksprache) (Kapillar-, Zitrat-, EDTA-Blut) <input type="radio"/> <i>Leishmania spp.</i> (Zitrat-, EDTA-Blut, Knochenmark) <input type="radio"/> <i>Plasmodium spp.</i> Malaria (Zitrat-, EDTA-Blut) <input type="radio"/> <i>Trypanosoma spp.</i> (Zitrat-, EDTA-Blut)
<input type="checkbox"/> <b>Abklatschpräparat</b> <i>Enterobius vermicularis</i> <i>Taenia solium / saginata</i>	<input type="checkbox"/> <b>Urin</b> (nach telefonischer Rücksprache) <i>Schistosoma spp.</i>	<i>Ancylostoma spp.</i> <i>Toxocara spp.</i> (Larva migrans) <i>Leishmania spp.</i> (Lymphknoten) <i>Mansonella spp.</i> <i>Onchocerca volvulus</i> (Hautprobe) <i>Trichinella spiralis</i>	
<input type="checkbox"/> <b>Gallensaft</b> (nach telefonischer Rücksprache) <i>Clonorchis sinensis</i> Giardia / Lamblien <i>Opisthorchis spp.</i>	<input type="checkbox"/> <b>Vaginalabstrich (in physiologischer Kochsalzlösung)</b> (nach telefonischer Rücksprache) <i>Trichomonas vaginalis</i>		
<input type="checkbox"/> <b>Sonstiges</b>			