

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK, gültig bis	Datum



- Praxisstempel -

Infektionsdiagnostik

Patientendaten:	Versichertenstatus:	Zeitpunkt Probennahme:	Service – Praxis:
<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> schwanger SSWoche <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Tage	<input type="checkbox"/> EBM <input type="checkbox"/> EBM-Sonderfall <input type="checkbox"/> GOÄ (Privat) <input type="checkbox"/> stationär	<input type="checkbox"/> am Vortag <input type="checkbox"/> vor 8:00 Uhr <input type="checkbox"/> vor 10:00 Uhr <input type="checkbox"/> vor 12:00 Uhr <input type="checkbox"/> vor 16:00 Uhr <input type="checkbox"/> vor 18:00 Uhr <input type="checkbox"/> nach 18:00 Uhr	<input type="checkbox"/> cito <input type="checkbox"/> Befund faxen <input type="checkbox"/> Befund telefonieren <input type="checkbox"/> Befundkopie an Patient

<p>BAKTERIELLE INFEKTIONEN</p> <input type="checkbox"/> B.-pertussis-/parapertussis-AK <input type="checkbox"/> B.-pertussis-/parapertussis-DNA <input type="checkbox"/> Borrelien-AK <input type="checkbox"/> Borrelien-DNA <input type="checkbox"/> Campylobacter-jejuni/coli-AK <input type="checkbox"/> Chlamydia-AK (Immunoblot) <input type="checkbox"/> Chlamydia-pneumoniae-AK <input type="checkbox"/> Chlamydia-pneumoniae-DNA <input type="checkbox"/> Chlamydia-trachomatis-AK <input type="checkbox"/> Chlamydia-trachomatis-DNA <input type="checkbox"/> C.-trachomatis-Typisierung (LGV) <input type="checkbox"/> Clostr.-difficile-Ag (Toxin/GLDH) <input type="checkbox"/> Clostridium-difficile-DNA <input type="checkbox"/> EHEC-DNA <input type="checkbox"/> ETEC-DNA <input type="checkbox"/> Haemophilus-ducreyi-DNA <input type="checkbox"/> Helicobacter-pylori-AK <input type="checkbox"/> Helicobacter-pylori-Antigen <input type="checkbox"/> Legionella-AK <input type="checkbox"/> Legionella-pneumophila-Antigen <input type="checkbox"/> Legionella-DNA <input type="checkbox"/> Listeria-AK <input type="checkbox"/> Listeria-monocytogenes-DNA <input type="checkbox"/> Leptospira-AK <input type="checkbox"/> Leptospira-DNA <input type="checkbox"/> Multiplex-PCR, respirator. Erreger <input type="checkbox"/> Multiplex-PCR, STI-Erreger <input type="checkbox"/> Mycoplasma-genitalium-DNA <input type="checkbox"/> Mycoplasma-hominis-DNA <input type="checkbox"/> Mycoplasma-pneumoniae-AK <input type="checkbox"/> Mycoplasma-pneumoniae-DNA <input type="checkbox"/> Mycobacterium-tuberculosis-DNA <input type="checkbox"/> Mycobacterium tuberculosis <input type="checkbox"/> Quantiferon-Test <input type="checkbox"/> TB-Spot (EliSpot) <input type="checkbox"/> Neisseria-gonorrhoeae-DNA <input type="checkbox"/> Neisseria-meningitidis-DNA <input type="checkbox"/> Salmonella-AK <input type="checkbox"/> Staphylolysin-AK <input type="checkbox"/> Streptokokken-AK <input type="checkbox"/> anti-Streptolysin <input type="checkbox"/> anti-DNase <input type="checkbox"/> Treponema-pallidum-AK <input type="checkbox"/> Treponema-pallidum-DNA <input type="checkbox"/> Tropheryma-whipplei-DNA <input type="checkbox"/> Ureaplasma-urealyticum-DNA <input type="checkbox"/> Ureaplasma-parvum-DNA <input type="checkbox"/> Yersinia-AK	<p>VIRALE INFEKTIONEN</p> <input type="checkbox"/> Adenovirus-AK <input type="checkbox"/> Adenovirus-Antigen <input type="checkbox"/> Adenovirus-DNA <input type="checkbox"/> BKV-DNA (quant.) <input type="checkbox"/> CMV-AK <input type="checkbox"/> CMV-DNA (quant.) <input type="checkbox"/> CMV-Resistenzbestimmung <input type="checkbox"/> EBV-AK <input type="checkbox"/> EBV-DNA (quant.)	<p>PARASITEN-/PILZINFEKTIONEN</p> <input type="checkbox"/> Aspergillus-AK <input type="checkbox"/> Candida-Antigen <input type="checkbox"/> Cryptococcus-Antigen <input type="checkbox"/> Pneumocystis-jirovecii-DNA <input type="checkbox"/> Toxoplasma-gondii-AK <input type="checkbox"/> Toxoplasma-gondii-DNA <p>IMPFTITER</p> <input type="checkbox"/> Diphtherie <input type="checkbox"/> FSME <input type="checkbox"/> Haemophilus <input type="checkbox"/> Hepatitis A <input type="checkbox"/> Hepatitis B <input type="checkbox"/> Masern <input type="checkbox"/> Mumps <input type="checkbox"/> Pneumokokken <input type="checkbox"/> Polio <input type="checkbox"/> Röteln <input type="checkbox"/> SARS-CoV-2 <input type="checkbox"/> Tetanus <input type="checkbox"/> Varizellen <p>SONSTIGE UNTERSUCHUNGEN</p>	<p>MATERIAL</p> <p>Atr = Abstrich, trocken B = BAL Bi = Biopsie DZ = Abstrich (Dünnschicht-Zytologie) EU = Erststrahlurin EV = EDTA-Vollblut FB = Fetalblut FW = Fruchtwasser HB = Heparin-Blut L = Liquor MS = Magensaft P = Punktat S = Serum Sp = Sputum St = Stuhl U = Urin Ze = Zecke</p>
--	--	---	---

