

Anforderung für Erreger-Diagnostik

Krankenkasse bzw. Kostenträger
Name, Vorname und Adresse des/der Versicherten geb. am:
Gesetzlich <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> IGeL <input type="checkbox"/> §116b <input type="checkbox"/> ASV
Privat <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> KVB <input type="checkbox"/> PostB <input type="checkbox"/> Bundesknappschaft
Block/Probennummer

Barcodefeld (nicht beschriften)



MVZ Pathologie Niederrhein gGmbH
 Heerstr. 219
 47053 Duisburg
 Tel.: 0203 6008 1600
 Fax: 0203 6008 1649

ICD-10 <i>(Pflichtangabe)</i>

Klinische Befunde/Material/Fragestellung

Externe Bearbeitung durch das **MVZ für Pathologie, Zytologie und Molekularpathologie Neuss**
 (Bitte beachten Sie die daraus resultierende Verlängerung der Bearbeitungszeit)

Viren

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> HPV-Typisierung (FFPE-Gewebe; LCD-Array-Kit) | <input type="checkbox"/> Hepatitis-C-Virus |
| <input type="checkbox"/> Herpes-Virus-Multiplex-PCR (HSV1/2, VZV, EBV, CMV, HHV6) | <input type="checkbox"/> Polyoma BK-Virus |
| <input type="checkbox"/> HHV8 | <input type="checkbox"/> Polyoma JC-Virus |
| <input type="checkbox"/> Parvovirus B19 | |

Bakterien/Pilze

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mykobakterien (incl. Subtypen) | <input type="checkbox"/> Yersinia enterocolitica |
| <input type="checkbox"/> Helicobacter Pylori (Clarithromycin & Fluorochinolon-Resistenz) | <input type="checkbox"/> Clostridium difficile-Toxin |
| <input type="checkbox"/> Tropheryma whipplei | <input type="checkbox"/> Universal-Erreger-Nachweis (Bakterien (16SrRNA) + Pilze (18SrRNA)) |
| <input type="checkbox"/> Bartonella henselae | <input type="checkbox"/> Parodontitis Erreger |
| <input type="checkbox"/> Neisseria gonorrhoeae | <input type="checkbox"/> Mykosen |
| <input type="checkbox"/> Treponema pallidum | <input type="checkbox"/> Pneumocystis jirovecii |

Protozoen

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Leishmanien | <input type="checkbox"/> Toxoplasma Gondii |
|---|---|

Gelenkinfektionen/Rheumatologische Erkrankungen

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Erregernachweis Gelenkinfektionen | <input type="checkbox"/> Borrelia burgdorferi |
| <input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis | <input type="checkbox"/> microRNA-Panel „DD Arthrose vs. Rheumatoide Arthritis“ |
| <input type="checkbox"/> Chlamydia pneumoniae | |

Sonstige Anforderungen/Einzelanforderungen

Datum, Unterschrift
Stempel