



MOLEKULARPATHOLOGISCHE INFESTIONS DIAGNOSTIK

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft	UV	Eingangsdatum der Probe:	Untersuchungs-Nr.:
Ort der Kasse									
Name des Versicherten/Versorgungsberechtigten Vorname geb. am								Untersuchungsmaterial:	
Ehegatte/Kind/Sonst. Angehörige				Vorname geb. am				Entnommen am:	Uhrzeit:
Arbeitgeber/Dienststelle/Rentner/BVG/Freiw.								Beginn der Erkrankung und aktuelle Symptomatik:	
Adresse Patient									
Patienten-/Fallnummer der auftraggebenden Klinik								Verdachtsdiagnose und Fragestellung:	
Stempel des Einsenders								Therapie:	
								Unterschrift Arzt:	
Ambulant	Stationär	Ärztliche Wahlleistungen			M	F	R		

Zutreffendes unbedingt ankreuzen!

Material (Gewebe / Zellproben)									
Biopsie	<input type="checkbox"/>	Trachealsekret	<input type="checkbox"/>	Liquor	<input type="checkbox"/>	Urin	<input type="checkbox"/>		
Knochenmark	<input type="checkbox"/>	Erguß	<input type="checkbox"/>	EDTA-Blut	<input type="checkbox"/>	Stuhl	<input type="checkbox"/>		
Bronchiallavage	<input type="checkbox"/>	Sputum	<input type="checkbox"/>	Abstrich	<input type="checkbox"/>	Sonstiges:			
Infektionskrankheiten (qualitative PCR, Erregernachweis quantitativ)									
Papillomviren	<input type="checkbox"/>	Parecho	<input type="checkbox"/>	Legionella spp.*	<input type="checkbox"/>				
Polyomaviren (BK-/ JC-Virus)	<input type="checkbox"/>	Influenzaviren	<input type="checkbox"/>	Mykobakterien (Tbc)	<input type="checkbox"/>				
Adenoviren	<input type="checkbox"/>	Mumpsvirus	<input type="checkbox"/>	Atypische Mykobakterien	<input type="checkbox"/>				
Herpes simplex Virus 1/2	<input type="checkbox"/>	Respiratory Syncytial Virus	<input type="checkbox"/>	Mycoplasma pneumoniae	<input type="checkbox"/>				
Varizella-Zoster-Virus	<input type="checkbox"/>	FSME-Virus	<input type="checkbox"/>	Yersinien	<input type="checkbox"/>				
Humanes Cytomegalievirus	<input type="checkbox"/>	Parvovirus B19	<input type="checkbox"/>	Toxoplasma gondii	<input type="checkbox"/>				
Epstein-Barr-Virus	<input type="checkbox"/>	Sars-CoV-2	<input type="checkbox"/>	Pneumocystis jirovecii	<input type="checkbox"/>				
Humanes Herpesvirus 6	<input type="checkbox"/>	Bartonella henselae	<input type="checkbox"/>	Aspergillus	<input type="checkbox"/>				
Humanes Herpesvirus 7	<input type="checkbox"/>	Borrelien	<input type="checkbox"/>	Candida	<input type="checkbox"/>				
Humanes Herpesvirus 8	<input type="checkbox"/>	Chlamydia pneumoniae	<input type="checkbox"/>	Cryptococcus neoformans	<input type="checkbox"/>				
Hepatitis A Virus*	<input type="checkbox"/>	Chlamydia trachomatis	<input type="checkbox"/>	Mucor	<input type="checkbox"/>				
Hepatitis B Virus	<input type="checkbox"/>	Treponema pallidum	<input type="checkbox"/>	Actinomyces	<input type="checkbox"/>				
Hepatitis C Virus	<input type="checkbox"/>	Coxiella burnetii*	<input type="checkbox"/>	Leishmania	<input type="checkbox"/>				
Hepatitis D Virus	<input type="checkbox"/>	Helicobacter pylori	<input type="checkbox"/>	Trypanosoma cruzi	<input type="checkbox"/>				
Enteroviren	<input type="checkbox"/>	Campylobacter jejuni	<input type="checkbox"/>	16S rRNA Eubakterien*	<input type="checkbox"/>				
Coxsackieviren	<input type="checkbox"/>	Tropheryma whipplei	<input type="checkbox"/>	28S rDNA Pilze*	<input type="checkbox"/>				
Die mit *gekennzeichneten Untersuchungen sind derzeit kein Bestandteil der akkreditierten Leistungen der Infektionspathologie des Instituts für Pathologie und Neuropathologie. Weitere akkreditierte Untersuchungsleistungen der Kardiopathologie finden Sie im Leistungskatalog der Homepage des Instituts für Pathologie und Neuropathologie der Universität Tübingen.									
Spezielle Untersuchungswünsche?									