

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft	UV
Ort der Kasse							
Name des Versicherten/Versorgungsberechtigten				Vorname		geb. am	
Ehegatte/Kind/Sonst.Angeh.				Vorname		geb. am	
Arbeitgeber/Dienststelle/Rentner/BVG/Freiw.							
Wohnung des Patienten							
Patienten- / Fallnummer der auftraggebenden Klinik							

18

Bei manuellem Eintrag **unbedingt erforderlich!**

MAS-AK oder Auftraggebende Organisationseinheit

ambulant  stationär  ärztliche Wahlleistg.  **M**  **F**  **R**

**Zutreffendes unbedingt ankreuzen!**

**Universitätsklinikum Tübingen**

Eberhard-Karls-Universität  
**UKT**  
Universitätsklinikum Tübingen

**Institut für Pathologie und Neuropathologie**  
Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. Falko Fend

**INFEKTIONSPATHOLOGIE**  
Prof. Dr. Karin Klingel  
Liebermeisterstr. 8, D-72076 Tübingen  
Tel. 07071- 29 84925

Sekretariat: Tel. 07071- 29 80205    Molekularpathol.Diagnostiklabor  
Fax: 07071- 29 5334    Tel. 07071- 29 84819

## Untersuchungsauftrag

Proben-Eingangsdatum/Uhrzeit:	Untersuchungs-Nr.:
-------------------------------	--------------------

**Untersuchungsmaterial:** .....

Entnommen am: ..... Uhrzeit: .....

Beginn der Erkrankung: .....

Aktuelle Symptomatik: .....

Verdachtsdiagnose: .....

Fragestellung: .....

Therapie: .....

**Telefon-Nummer** .....

**Fax-Nummer** ..... **Unterschrift** .....

### MOLEKULARPATHOLOGISCHE UNTERSUCHUNGEN

**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 (in situ Hybridisierung, qual. PCR, Erregernachweis quantitativ, Genotypisierung)**

Papillomviren <input type="checkbox"/>	Parainfluenzaviren <input type="checkbox"/>	Tropheryma whippelii <input type="checkbox"/>
Polyomaviren (BK- /JC-Virus) <input type="checkbox"/>	Mumpsvirus <input type="checkbox"/>	Legionella spp. <input type="checkbox"/>
Adenoviren <input type="checkbox"/>	Respiratory Syncytial Virus <input type="checkbox"/>	Mykobakterien (Tbc) <input type="checkbox"/>
Herpes simplex Virus 1/2 <input type="checkbox"/>	Metapneumovirus <input type="checkbox"/>	Atypische Mykobakterien <input type="checkbox"/>
Varizella-Zoster-Virus <input type="checkbox"/>	Masernvirus <input type="checkbox"/>	Mycoplasma pneumoniae <input type="checkbox"/>
Humanes Cytomegalievirus <input type="checkbox"/>	FSME-Virus <input type="checkbox"/>	Yersinien <input type="checkbox"/>
Epstein-Barr-Virus <input type="checkbox"/>	Dengue-Virus <input type="checkbox"/>	16S rRNA Eubakterien <input type="checkbox"/>
Humanes Herpesvirus 6 <input type="checkbox"/>	Rötelnvirus <input type="checkbox"/>	Aspergillus <input type="checkbox"/>
Humanes Herpesvirus 8 <input type="checkbox"/>	Hantaanvirus <input type="checkbox"/>	Candida <input type="checkbox"/>
Hepatitis A Virus <input type="checkbox"/>	Parvovirus B19 <input type="checkbox"/>	Cryptococcus neoformans <input type="checkbox"/>
Hepatitis B Virus <input type="checkbox"/>	HIV 1/2 <input type="checkbox"/>	28S rDNA Pilze <input type="checkbox"/>
Hepatitis C Virus <input type="checkbox"/>	Bartonella henselae <input type="checkbox"/>	Toxoplasma gondii <input type="checkbox"/>
Hepatitis D Virus <input type="checkbox"/>	Borrelien <input type="checkbox"/>	Pneumocystis carinii <input type="checkbox"/>
Enteroviren <input type="checkbox"/>	Chlamydia pneumoniae <input type="checkbox"/>	Sonstige: .....
Coxsackieviren <input type="checkbox"/>	Chlamydia trachomatis <input type="checkbox"/>	.....
Echoviren <input type="checkbox"/>	Coxiella burnetii <input type="checkbox"/>	.....
Influenzaviren <input type="checkbox"/>	Helicobacter pylori <input type="checkbox"/>	.....

**Spezielle Untersuchungswünsche?**