

Universitätsklinik Leipzig

Institut für Virologie

Univ.-Prof. Dr. med. U. G. Liebert

Johannisallee 30, 04103 Leipzig

Eingangslabor Tel: (0341) 9714 322, FAX 0341 9714 319

Befundinterpretation Tel: (0341) 9714 326

Ärztl. Rufbereitschaft Tel: 0175 2240 471

Eingangsdatum	Auftragsnummer
---------------	----------------

Antrag auf virologische Untersuchung

PATIENT (ggfs. Etikett mit Barcode)

EINSENDER (Stempel und Arztunterschrift)

Name, Vorname:	Einsender-Stempel	Barcode (Stations-/ Ambulanzkennung)
Geb.-Datum/Geschlecht:		
Anschrift:		
Kassen-Nr.		
Versicherten-Nr.		
Aufnahme-Nr.	Arzt und Tel. für Rückfragen	
<input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> Ärztl. Wahlleistung	FAX f. Befundübermittlung	

Untersuchungsmaterial

Entnahme-Datum und Uhrzeit: **Notfall**

Serum Liquor EDTA-Blut* Fetal-/Nabelschnurblut Urin Stuhl BAL Trachealsekret Rachenspülwasser
 Nasen/Rachen-Abstrich Biopsie (Organ)..... Abklatschpräparat (wovon)..... Sonstiges

Klinische Angaben

(unvollständige Angaben führen zu Rückfragen und verzögern u.U. eine optimale Bearbeitung)

Verdachtsdiagnose/aktuelle Symptomatik, Immunsuppression, Gabe von Blutprodukten, Impfungen, Virustatika, etc.

.....

Nadelstichverletzung: Indexperson Exponierte Person

Antikörpernachweis

(Untersuchungsmaterial: Serum oder Serum-Liquor-Paar)

<input type="checkbox"/> HIV 1 & 2	<input type="checkbox"/> Cytomegalievirus (CMV)	<input type="checkbox"/> Influenza A/B-Virus	<input type="checkbox"/> Coxsackie-A/B-Viren
<input type="checkbox"/> Rötelnvirus	<input type="checkbox"/> Herpes-Simplex-Virus (HSV 1 & 2)	<input type="checkbox"/> Parainfluenzavirus (PIV)	<input type="checkbox"/> ECHO-Viren
<input type="checkbox"/> Masernvirus	<input type="checkbox"/> Varizella-Zoster-Virus (VZV)	<input type="checkbox"/> RS-Virus (RSV)	<input type="checkbox"/> Poliomyelitoviren
<input type="checkbox"/> Mumpsvirus	<input type="checkbox"/> Epstein-Barr-Virus (EBV)	<input type="checkbox"/> SARS-CoV-2	<input type="checkbox"/> West-Nil-Virus
<input type="checkbox"/> Parvovirus B19	<input type="checkbox"/> HHV-6 (Hum. Herpesvirus Typ 6)	<input type="checkbox"/> Adenovirus (ADV)	<input type="checkbox"/> FSME-Virus
<input type="checkbox"/> HTLV 1 & 2	<input type="checkbox"/> HHV-8 (Hum. Herpesvirus Typ 8)	<input type="checkbox"/> Hantavirus	<input type="checkbox"/> Dengue Typ 1-4

Erregernachweis

Nukleinsäurenachweis/Antigennachweis				Virusisolation
<input type="checkbox"/> HSV	<input type="checkbox"/> Rotavirus	<input type="checkbox"/> Bocavirus	<input type="checkbox"/> Hepatitis A Virus	Transport so rasch wie möglich, gekühlt auf 4° C
<input type="checkbox"/> CMV	<input type="checkbox"/> Astrovirus	<input type="checkbox"/> Enteroviren	<input type="checkbox"/> Hepatitis B Virus (>2ml Vollblut)	
<input type="checkbox"/> VZV	<input type="checkbox"/> Enterovirus	<input type="checkbox"/> FSME-Virus	<input type="checkbox"/> Hepatitis C Virus (>2ml EDTA-Blut)	Viren bitte angeben:
<input type="checkbox"/> EBV	<input type="checkbox"/> Parechovirus	<input type="checkbox"/> Masernvirus	<input type="checkbox"/> Hepatitis D Virus	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> HHV-6	<input type="checkbox"/> Influenzavirus A/B	<input type="checkbox"/> Mumpsvirus	<input type="checkbox"/> Hepatitis E Virus	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Parvovirus B19	<input type="checkbox"/> Parainfluenzavirus	<input type="checkbox"/> Rötelnvirus	<input type="checkbox"/> HIV-1 (4-6ml EDTA-Blut)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Papillomviren	<input type="checkbox"/> RS-Virus	<input type="checkbox"/> JCV/BKV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Polyomaviren	<input type="checkbox"/> Metapneumovirus	<input type="checkbox"/> West-Nil-Virus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Adenovirus	<input type="checkbox"/> Rhinovirus	<input type="checkbox"/> Dengue-Virus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Norovirus	<input type="checkbox"/> Coronavirus (endem.)	<input type="checkbox"/> Gelbfiebertvirus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sapovirus	<input type="checkbox"/> SARS-CoV-2 (COVID19)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Virushepatitis und Resistenztests (genotypisch)

<input type="checkbox"/> Verdacht akut	<input type="checkbox"/> Verdacht chronisch	<input type="checkbox"/> gesichert	<input type="checkbox"/> vor Impfung Hepatitis A/B	<input type="checkbox"/> nach Impfung Hepatitis A oder B
<input type="checkbox"/> anti-HAV	<input type="checkbox"/> anti-HCV	<input type="checkbox"/> HAV-PCR	----- Resistenztests -----	
<input type="checkbox"/> anti HBc	<input type="checkbox"/> anti-HDV	<input type="checkbox"/> HBV-PCR	<input type="checkbox"/> HIV-1-Resistenztest	<input type="checkbox"/> CMV-Resistenztest
<input type="checkbox"/> anti-HBc-IgM	<input type="checkbox"/> anti-HEV	<input type="checkbox"/> HBV-Genotyp	<input type="checkbox"/> HBV-Resistenztest	<input type="checkbox"/> HSV-Resistenztest
<input type="checkbox"/> anti-HBs	<input type="checkbox"/> anti-CMV	<input type="checkbox"/> HCV-PCR	<input type="checkbox"/> HCV-Resistenztest	<input type="checkbox"/> Influenzavirus-Resistenztest
<input type="checkbox"/> anti-HBe	<input type="checkbox"/> anti-EBV	<input type="checkbox"/> HCV-Genotyp	Welche Virustatika, seit wann ?	
<input type="checkbox"/> HBs-Ag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> HDV-PCR	
<input type="checkbox"/> HBe-Ag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> HEV-PCR	