



**Allergologie, Serologie, Mykologie,
 Molekularbiologie / Venerologie** Formular Nr. 1

Arzt / Name, Adresse des Auftraggebers extern (Stempel)

Suchernr. (USZ) _____
 Kopie an: _____

Name: _____
 Vorname: _____
 Geschlecht: _____
 Geburtsdatum: _____
 Strasse: _____
 PLZ/Ort: _____

Patienten-Etikette oder Patienten-Angaben

Rechnung an: Auftraggeber Patient
 Andere (bitte vollständige Adresse)

BITTE FÜR JEDEN LABORBEREICH EIN SEPARATES FORMULAR VERWENDEN.
 Angaben zur Entnahme, Probentransport und unserer Dienstleistung: www.uzl.usz.ch und www.dermatologie.usz.ch

Entnahmedatum: _____

Klinische Angaben: _____
 Therapie: ja / nein _____

Bitte mit weichem Bleistift markieren!
 Richtig Falsch
 Auftraggeber Code

Mykologie F DERM 19 Tel. 044 255 39 64

Gewünschte Untersuchung:
 Mikroskopie und Kultur
 Resistenzprüfung (nur Hefen)
 Identifikation einer Kultur

Probenmaterial und Lokalisation:
 Nagel: _____
 Hautschuppen: _____
 Haare: _____
 Abstrich Haut: _____
 Abstrich Schleimhaut: _____
 Biopsie: _____
 Klebestreifen auf Objektträger (nur Mikroskopie)

Luesserologie F DERM 25 Tel. 044 255 39 63

Verdacht auf: Lues I Lues II Lues III
 Lues latens Neurolues Reinfekt

Behandlungskontrolle nach: _____
 HIV-Status: _____

<p>Blut / Serum</p> <input type="checkbox"/> Lues-Screening (+ Bestätigung falls positiv) ¹⁾ Einzelanforderungen: <input type="checkbox"/> RPR <input type="checkbox"/> TPPA <input type="checkbox"/> IgG-ELISA <input type="checkbox"/> IgM-ELISA	<p>Liquor</p> <input type="checkbox"/> Lues-Screening (+ Bestätigung falls positiv) ¹⁾ Einzelanforderungen: <input type="checkbox"/> RPR <input type="checkbox"/> TPPA <input type="checkbox"/> IgG-ELISA <input type="checkbox"/> SPHA-IgM
--	---

1) Screening erfolgt mit TPPA, bei Verdacht auf Lues I mit TPPA und IgM-ELISA

Molekularbiologie / Venerologie F DERM 19 Tel. 044 255 39 65

<p>Molekularbiologie</p> <input type="checkbox"/> Treponema pallidum PCR <input type="checkbox"/> Herpes simplex Virus 1 + 2 PCR <input type="checkbox"/> Haemophilus ducreyi PCR	<p>Probenmaterial und Lokalisation:</p> <input type="checkbox"/> Ulkusbstrich: _____ <input type="checkbox"/> Abstrich: _____ <input type="checkbox"/> Biopsie: _____ <input type="checkbox"/> _____	<p>Immunfluoreszenz-Mikroskopie (Mikro Trak): (Pro Keim je 1 Mikro Trak Vertiefung verwenden)</p> <input type="checkbox"/> Herpes simplex Virus 1 (trocknen und fixieren) <input type="checkbox"/> Herpes simplex Virus 2 (trocknen und fixieren) <input type="checkbox"/> Varizella Zoster Virus (trocknen und fixieren)
--	--	---

Bemerkungen: _____

Nachbestellung von Auftragsformularen
 10 Ex. 50 Ex. 100 Ex. mit Versandmaterial ohne Versandmaterial
 Bitte Ihre genaue Adresse (Stempel) im Auftraggeberfeld angeben!

Labornummer

64 32 16 8 4 2 1

