



Auftraggeber (Bitte Blockschrift oder Stempel)

Patient

Name:

Strasse:

PLZ / Ort:

Tel:

Fax:

Rechnung an

Auftraggeber

Patient

Probe

Datum der Probennahme: _____

Labornummer: _____

Probenkennzeichnung: _____

Anamnese:

Eingesandtes Probenmaterial:

(Abkürzungslegende)

- | | |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> S Serum | <input type="checkbox"/> L Liquor |
| <input type="checkbox"/> PI Plasma | <input type="checkbox"/> F Faeces |
| <input type="checkbox"/> EB EDTA-Blut | <input type="checkbox"/> U Urin |
| <input type="checkbox"/> NT Nasentupfer | <input type="checkbox"/> B Biopsie |
| <input type="checkbox"/> RT Rachentupfer | <input type="checkbox"/> SP Sperma |
| <input type="checkbox"/> GT Genitaltupfer | <input type="checkbox"/> Org Organe |
| <input type="checkbox"/> KT Konjunktivaltupfer | <input type="checkbox"/> Pu Punktat |
| <input type="checkbox"/> G Geschabsel | <input type="checkbox"/> _____ |

Gewünschte Untersuchung(en): (Bitte ankreuzen!)

Krankheit/ Virus	Testverfahren	Material
Virus der Bornaschen Krankheit (BDV)	Serologie: <input type="checkbox"/> IFT	S, L (ca.1ml)
Tollwutvirus	Serologie: <input type="checkbox"/> FAVN	S (ca.1ml)
Frühsommermeningo-enzephalitisvirus (FSMEV)	Serologie: <input type="checkbox"/> SNT	S (ca.1ml)
Elektronenmikroskopische Schnelldiagnostik	Virusnachweis: <input type="checkbox"/> EM	G, B, F, U

Bitte beachten Sie, dass wir nicht über eine kassenärztliche Zulassung verfügen

Unterschrift / Stempel: _____

IFT – Immunfluoreszenztest
EM – Elektronenmikroskopie

SNT – Serumneutralisationstest
FAVN – Fluorescent antibody virus neutralization