



**Allergielabor, Mykologie, Serologie,
 Molekularbiologie / Venerologie** Formular 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 **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 **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> <p><input type="checkbox"/> Lues-Screening (+ Bestätigung falls positiv) ¹⁾</p> <p>Einzelanforderungen:</p> <p><input type="checkbox"/> RPR</p> <p><input type="checkbox"/> TPPA</p> <p><input type="checkbox"/> IgG-ELISA</p> <p><input type="checkbox"/> IgM-ELISA</p>	<p>Liquor</p> <p><input type="checkbox"/> Lues-Screening (+ Bestätigung falls positiv)</p> <p>Einzelanforderungen:</p> <p><input type="checkbox"/> RPR</p> <p><input type="checkbox"/> TPPA</p> <p><input type="checkbox"/> IgG-ELISA</p> <p><input type="checkbox"/> SPHA-IgM</p>
---	--

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

Molekularbiologie / Venerologie **Tel. 044 255 39 65**

Blockanalysen (Multiplex-PCR):

Genitale, anale, orale Ulzera (Treponema pallidum, Haemophilus ducreyi, Herpes simplex Virus 1 + 2)

Bläschen/Vesikel (Herpes simplex Virus 1 + 2, Varizella Zoster Virus)

Einzelanforderungen:

Treponema pallidum PCR

Haemophilus ducreyi PCR

Herpes simplex Virus 1 + 2 PCR

Varizella Zoster Virus PCR

Probenmaterial und Lokalisation:

Abstrich: _____

Ulkusabstrich: _____

Biopsie: _____

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

Bitte hier falzen

