



**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: vademecum.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:

Probenmaterial und Lokalisation:

Pilznachweis:

Nagel: _____

Mikroskopie und Kultur

Dermatomykosen PCR

Hautschuppen: _____

Spezialanalysen:

Haare: _____

Identifikation einer Kultur

Resistenzprüfung Hefen

Genetische Resistenzprüfung

Terbinafin bei Trichophyton

Abstrich Haut: _____

Abstrich Schleimhaut: _____

Biopsie: _____

Klebestreifen auf Objektträger (Vd. auf Pityriasis versicolor)

Luesserologie

Tel. 044 255 39 63

Routinekontrolle

Verdacht auf:

Lues I

Lues latens

Behandlungskontr. nach:

Lues II

Neurolues

Lues III

Reinfekt

HIV-Status: _____

Blut / Serum

Luesserologie

Luesserologie bei Vd. auf Lues I

Liquor

Luesserologie

Einzelanforderungen nur für Auftragslaboratorien:

RPR

RPR

TPHA

TPHA

IgG-ELISA

IgG-ELISA

IgM-ELISA

SPHA-IgM

Molekularbiologie / Venerologie

Tel. 044 255 39 64

Blockanalysen (Multiplex-PCR):

Einzelanforderungen:

Probenmaterial und Lokalisation:

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

Treponema pallidum PCR

Haemophilus ducreyi PCR

Herpes simplex Virus 1 + 2 PCR

Varizella Zoster Virus PCR

Abstrich: _____

Ulkusabstrich: _____

Biopsie: _____

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

Bemerkungen:

Nachbestellung von Auftragsformularen

10 Ex. 50 Ex. Dermapak Versandtüten

Bitte Ihre genaue Adresse (Stempel) im Auftraggeberfeld angeben!

Labornummer

64 32 16 8 4 2 1

