

Universitätsklinikum Bonn Auftrag für parasitologische Untersuchungen An den Direktor des Instituts für Med. Mikrobiologie, Immunologie und Parasitologie (IMMIP) Herrn Prof. Dr. med. A. Hörauf Venusberg -Campus 1, 53127 Bonn 0228 / 287 - 15678, - 19177, Sekretariat - 15675, Abrechnung - 15879, Fax - 14330	Station _____ Telefon/Fax _____ Datum _____ Uhrzeit _____ Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Dat.: _____ Straße: _____ PLZ: _____ Ort: _____
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Auftraggeber _____ Klinik _____	Kostenträger: <input type="checkbox"/> KV-Abrechnung/Einzelleistung <input type="checkbox"/> Regelleistung <input type="checkbox"/> Wahlleistung <input type="checkbox"/> Selbstzahler <input type="checkbox"/> Kasse: _____ <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> Studie <input type="checkbox"/> Wissenschaft
---------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Arzt / Ärztin _____	Unterschrift _____	Eingangsdatum: _____	Nr.: _____
---------------------	--------------------	----------------------	------------

Klinische Angaben: (ggf. Rückseite benutzen): Erstuntersuchung
 Krankheitsbeginn: _____ Entnahmedatum: _____ Wiederholungsuntersuchung (letzte Bel.-Nr.): _____
 (Verdachts-)Diagnose: _____
 Symptome: _____
 Therapie: _____ Auslandsaufenthalt (wann, wo?) _____

Materialart

<input type="radio"/> Stuhl	<input type="radio"/> Blutausstrich	<input type="radio"/> Vollblut	<input type="radio"/> Liquor _____
<input type="radio"/> Urin	<input type="radio"/> Dicker Tropfen	<input type="radio"/> mit EDTA	<input type="radio"/> Sonstiges _____
<input type="radio"/> BAL	<input type="radio"/> Biopsie	<input type="radio"/> mit Citrat	_____
<input type="radio"/> Parasit	<input type="radio"/> Punktat	<input type="radio"/> Serum / Plasma	_____

Gewünschte Untersuchung: (bitte ankreuzen)

Parasitennachweis	Antikörpernachweis/Serologie																																											
Darmparasiten <input type="radio"/> Würmer und Protozoen ¹ <input type="radio"/> Madenwürmer (Analabdruck) <input type="radio"/> Strongyloides <input type="radio"/> PCR <input type="radio"/> Entamoeba histolytica (Stuhl) <input type="radio"/> Antigen <input type="radio"/> PCR <input type="radio"/> Giardia lamblia (Stuhl) <input type="radio"/> Antigen <input type="radio"/> PCR <input type="radio"/> Kryptosporidien <input type="radio"/> Antigen <input type="radio"/> PCR <input type="radio"/> Mikrosporidien <input type="radio"/> Färbung Blutparasiten Plasmodium/Malaria (EDTA-Blut) <input type="radio"/> Ausstrich/Dicker Tropfen <input type="radio"/> Antigen Mikrofilarien (EDTA-Blut) <input type="radio"/> Färbung <input type="radio"/> PCR Andere (bitte Rücksprache) <input type="radio"/> Färbung Andere Parasiten <input type="radio"/> Trichomonaden <input type="radio"/> Kultur <input type="radio"/> PCR <input type="radio"/> Leishmanien (Biopsie, EDTA-Blut) <input type="radio"/> Kultur <input type="radio"/> PCR <input type="radio"/> Echinokokken (Zysteninhalt u.a.)	Toxoplasmose <input type="radio"/> IFT IgG <input type="radio"/> IgG <input type="radio"/> IgG-Avidität <input type="radio"/> IgM <input type="radio"/> IgM-ISAGA <input type="radio"/> IgA-ISAGA <input type="radio"/> Immunoblot (Mutter/Kind) <input type="radio"/> PCR SSW: <table style="width:100%;"> <tr> <th style="width:50%;">Erkrankung</th> <th style="width:50%;">Test</th> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Amöbiasis</td> <td>– ELISA</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Anisakis</td> <td>– IFT</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Ascariidose</td> <td>– IFT</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Bilharziose (Schistosomiasis)</td> <td>– IFT</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Chagas (Südamerik. Trypanosomiasis)</td> <td>– ELISA</td> </tr> </table>	Erkrankung	Test	<input type="radio"/> Amöbiasis	– ELISA	<input type="radio"/> Anisakis	– IFT	<input type="radio"/> Ascariidose	– IFT	<input type="radio"/> Bilharziose (Schistosomiasis)	– IFT	<input type="radio"/> Chagas (Südamerik. Trypanosomiasis)	– ELISA	<table style="width:100%;"> <tr> <th style="width:50%;">Erkrankung</th> <th style="width:50%;">Test</th> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Echinokokkose</td> <td></td> </tr> <tr> <td> <input type="radio"/> screening</td> <td>– ELISA – IHAT</td> </tr> <tr> <td> <input type="radio"/> Bestätigung:</td> <td>– IB²</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Fasziole</td> <td>– IFT</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Filariose</td> <td>– IFT</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Leishmaniose</td> <td>– IFT</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Malaria</td> <td>– IFT – ELISA</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Schlafkrankheit (Afrik. Trypanosomiasis)</td> <td>– IFT</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Strongyloidosis</td> <td>– ELISA</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Toxocarose</td> <td>– ELISA</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Trichinellose</td> <td>– IFT</td> </tr> <tr> <td> <input type="radio"/> Bestätigung:</td> <td>– IB²</td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Zystizerkose</td> <td>– IFT</td> </tr> <tr> <td> <input type="radio"/> Bestätigung:</td> <td>– IB²</td> </tr> </table>	Erkrankung	Test	<input type="radio"/> Echinokokkose		<input type="radio"/> screening	– ELISA – IHAT	<input type="radio"/> Bestätigung:	– IB ²	<input type="radio"/> Fasziole	– IFT	<input type="radio"/> Filariose	– IFT	<input type="radio"/> Leishmaniose	– IFT	<input type="radio"/> Malaria	– IFT – ELISA	<input type="radio"/> Schlafkrankheit (Afrik. Trypanosomiasis)	– IFT	<input type="radio"/> Strongyloidosis	– ELISA	<input type="radio"/> Toxocarose	– ELISA	<input type="radio"/> Trichinellose	– IFT	<input type="radio"/> Bestätigung:	– IB ²	<input type="radio"/> Zystizerkose	– IFT	<input type="radio"/> Bestätigung:	– IB ²
Erkrankung	Test																																											
<input type="radio"/> Amöbiasis	– ELISA																																											
<input type="radio"/> Anisakis	– IFT																																											
<input type="radio"/> Ascariidose	– IFT																																											
<input type="radio"/> Bilharziose (Schistosomiasis)	– IFT																																											
<input type="radio"/> Chagas (Südamerik. Trypanosomiasis)	– ELISA																																											
Erkrankung	Test																																											
<input type="radio"/> Echinokokkose																																												
<input type="radio"/> screening	– ELISA – IHAT																																											
<input type="radio"/> Bestätigung:	– IB ²																																											
<input type="radio"/> Fasziole	– IFT																																											
<input type="radio"/> Filariose	– IFT																																											
<input type="radio"/> Leishmaniose	– IFT																																											
<input type="radio"/> Malaria	– IFT – ELISA																																											
<input type="radio"/> Schlafkrankheit (Afrik. Trypanosomiasis)	– IFT																																											
<input type="radio"/> Strongyloidosis	– ELISA																																											
<input type="radio"/> Toxocarose	– ELISA																																											
<input type="radio"/> Trichinellose	– IFT																																											
<input type="radio"/> Bestätigung:	– IB ²																																											
<input type="radio"/> Zystizerkose	– IFT																																											
<input type="radio"/> Bestätigung:	– IB ²																																											
Sonstiges / Bemerkung 																																												

1) Sedimentationsverfahren 2) Immunoblot
Probenanlieferung, Rückfragen: Mo. – Fr. von 8.00 bis 16.00 Uhr