

Einsender		☐ Eilt/Notfall	Auftragsnr.																																																	
Klinik		Geschlecht																																																		
Station		☐ männlich																																																		
Telefon		☐ weiblich																																																		
Hier bitte Barcode		Behandlungsart	Entnahmedatum																																																	
		☐ Ambulant ☐ Stationär Berechnungsart ☐ Privat ☐ Selbstzahler ☐ Allg. Pflegesatz ☐ Berufsgenossenschaft ☐ Studie	<table border="1"> <tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td><td>9</td><td>10</td></tr> <tr><td>11</td><td>12</td><td>13</td><td>14</td><td>15</td><td>16</td><td>17</td><td>18</td><td>19</td><td>20</td></tr> <tr><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td><td>29</td><td>30</td></tr> <tr><td>JAN</td><td>FEB</td><td>MÄR</td><td>APR</td><td>MAI</td><td>JUN</td><td>JUL</td><td>AUG</td><td>SEP</td><td>OKT</td></tr> <tr><td>19</td><td>20</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	JAN	FEB	MÄR	APR	MAI	JUN	JUL	AUG	SEP	OKT	19	20	21	22	23	24		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																																											
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20																																											
21	22	23	24	25	26	27	28	29	30																																											
JAN	FEB	MÄR	APR	MAI	JUN	JUL	AUG	SEP	OKT																																											
19	20	21	22	23	24																																															
Bitte Patienten-Barcodeetikett hier einkleben! Name _____ Vorname _____ Geb.Dat. _____ Straße _____ PLZ, Ort _____ Versicherter _____ Kostenträger _____ Rechnungsempfänger _____		Virologischer Untersuchungsauftrag Institut für Virologie der Universitätsmedizin Mainz MOV der Universitätsmedizin Mainz GmbH Obere Zahlbacher Straße 67 · 55131 Mainz Laborauskunft: (06131) 17-9162, -9013 Dienstzimmer: (06131) 17-9160, Fax: -9019																																																		

Diagnostisch relevante Angaben			
☐ akute Infektion	☐ Immunkompetenz	☐ Schwangerschaft	☐ Auslandsaufenthalt
☐ chronische Infektion	☐ Immundefizienz	SSW? _____	wo? _____
☐ Serostatus	☐ aktive Immunisierung	☐ antivirale Therapie	☐ Zeckenstich
	☐ passive Immunisierung	mit? _____	wo? _____
☐ Fieber	☐ Respirator. Symptome	☐ Meningitis	☐ Myo-/Perikarditis
☐ LK-Schwellung	☐ Pneumonie	☐ Enzephalitis	☐ Hepatitis
☐ Exanthem	☐ intrauterine Infektion	☐ Arthritis	☐ Gastroenteritis

Zusatzinformationen		Bitte pro Material einen separaten Anforderungsschein ausstellen Bitte Rückseite beachten !
Erkrankungsbeginn: T T M M J J		

Untersuchungsmaterial		☐ Verlaufskontrolle
☐ Serum	☐ Urin	☐ Trachealsekret
☐ EDTA-Blut	☐ Stuhl	☐ BAL
☐ Liquor	☐ Rachenspülung	☐ Biopsie: _____
		☐ Bläscheninhalt
		☐ Abstrich: _____
		☐ Sonstiges: _____

Antikörpernachweis (nur aus Serum)				
Herpes simplex 1/2	Mumps	Adeno	FSME	Hepatitis A
☐ IgM	☐ IgM	☐ IgG	☐ IgM	☐ HAV-IgM
☐ IgG	☐ IgG	☐ IgA	☐ IgG	☐ anti HAV
Cytomegalie	Masern	Entero	Hanta	Hepatitis B
☐ IgM	☐ IgM	☐ IgM	☐ IgM	☐ anti HBc-IgM
☐ IgG	☐ IgG	☐ IgG	☐ IgG	☐ anti HBc
Varizella Zoster	Parvo B19	Influenza A	Sandfliegenfieber	☐ anti HBe
☐ IgM	☐ IgM	☐ IgG	☐ IgM, IgG	☐ anti HBs
☐ IgG	☐ IgG	☐ IgA	Dengue-Fieber	☐ HBs-AG
☐ IgA (bei Zoster)	Röteln	Influenza B	☐ IgM, IgG	☐ HBe-AG
Epstein Barr	Zika	SARS-CoV-2	Chikungunya	Hepatitis C
☐ VCA-IgM	☐ IgM	☐ IgM / IgA	☐ IgM, IgG	☐ anti HCV
☐ VCA-IgG	☐ IgG	☐ IgG	West Nil	Hepatitis E
☐ anti-EBNA			☐ IgM, IgG	☐ anti HEV-IgM, -IgG
				HIV
				☐ Screening
				☐ Bestätigung

Antikörpernachweis (Erregerkombinationen) (nur aus Serum)				
☐ Neurotrope Viren	☐ Respiratorische Erreger	☐ Exanthematische Infektion	☐ (T)ORCH	☐ Kardiotrope Viren
				☐ Hepatitis-Screening

Virusisolierung			
☐ Herpes simplex	☐ Cytomegalie	☐ Resp. Screen Immunsuppr.	☐ Sonderuntersuchung

Antigennachweis			
☐ CMV-pp65 (aus EDTA-Blut!)	☐ Adeno (Stuhl nativ)	☐ Rota (Stuhl nativ)	☐ Noro (Stuhl nativ)

PCR				
☐ Herpes simplex	☐ HHV-6	☐ Röteln	☐ Parainfluenza 1-4	☐ Hepatitis B
☐ Cytomegalie	☐ Adeno	☐ Entero	☐ Metapneumo	☐ Hepatitis C
☐ Varizella Zoster	☐ BK	☐ Noro	☐ Influenza A, B	☐ HCV-Genotypisierung
☐ Epstein Barr	☐ Parvo B19	☐ SARS-CoV-2	☐ Respiratory Syncytial	☐ HPV-Genotypisierung

anfordernder Arzt:	
(Name in Druckschrift, Telefon)	

Bitte mit weichem Bleistift so markieren:

