



**Bitte nur mit schwarzem /
blauem Stift ausfüllen!**

Auftrag für HCV/CMV Resistenztestung

Behandlung: <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär	Einsendergrund: <input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Prävention <input type="checkbox"/> Schwangerschaft
---	--

Rechnung an: *(Bei fehlenden Angaben geht die Rechnung immer an den Auftraggeber.)*

Auftraggeber Patient
 Krankenkasse/Versicherung: _____

Anschrift: _____

Versicherungsnr. Patient: _____

Adresse Auftraggeber: _____

behandelnder Arzt: _____

Telefon (Sucher): _____

Befund per Fax Nr.: _____

Kopie des Untersuchungsberichts an: _____

Patienten-Etikette oder Patienten-Angaben

Name: _____ Patienten-Etikette

Vorname: _____

Strasse+ Nr.: _____

PLZ/Wohnort: _____ Kt.: _____

Geburtsdatum: _____ Geschlecht: m w

Klinische Angaben _____

Antivirale Therapie
 Medikamente: _____
 Therapiebeginn: _____

Transfusion Immunglobuline
 Immunsuppression Schwangerschaft
 Transplantation: Organ _____

Untersuchungsmaterial

Datum/Zeit der Entnahme: EDTA-Blut (10 ml)
 Anderes: _____

<input type="text"/> Tag	<input type="text"/> Monat	<input type="text"/> Std.	<input type="text"/> Min.
-----------------------------	-------------------------------	------------------------------	------------------------------

Nur für internen Gebrauch

Gewünschte Untersuchungen * nicht im akkreditierten Analysenspektrum

HCV

HCV Resistenztestung Viruslast aktuell: _____ IU/ml Datum: _____
 NS3, NS5a, NS5b HCV Genotyp/Subtyp: _____

HCV Genotypisierung

CMV

CMV Resistenztestung* Viruslast aktuell: _____ IU/ml Datum: _____
 UL54, UL56, UL97

Materialbestellung: _____ Virus-Transportmedium _____ Auftragsformulare
 _____ Urin-Transportmedium