



**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](http://www.uzl.usz.ch) und [www.dermatologie.usz.ch](http://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: \_\_\_\_\_

Blut / Serum	Liquor
<input type="checkbox"/> Lues-Screening (+ Bestätigung falls positiv) <sup>1)</sup>	<input type="checkbox"/> Lues-Screening (+ Bestätigung falls positiv)
<b>Einzelanforderungen:</b>	<b>Einzelanforderungen:</b>
<input type="checkbox"/> RPR	<input type="checkbox"/> RPR
<input type="checkbox"/> TPPA	<input type="checkbox"/> TPPA
<input type="checkbox"/> IgG-ELISA	<input type="checkbox"/> IgG-ELISA
<input type="checkbox"/> IgM-ELISA	<input type="checkbox"/> SPHA-IgM

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

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

<b>Blockanalysen (Multiplex-PCR):</b>	<b>Einzelanforderungen:</b>	<b>Probenmaterial und Lokalisation:</b>
<input type="checkbox"/> Genitale, anale, orale Ulzera (Treponema pallidum, Haemophilus ducreyi, Herpes simplex Virus 1 + 2)	<input type="checkbox"/> Treponema pallidum PCR	<input type="checkbox"/> Abstrich: _____
<input type="checkbox"/> Bläschen/Vesikel (Herpes simplex Virus 1 + 2, Varizella Zoster Virus)	<input type="checkbox"/> Haemophilus ducreyi PCR	<input type="checkbox"/> Ulkusabstrich: _____
	<input type="checkbox"/> Herpes simplex Virus 1 + 2 PCR	<input type="checkbox"/> Biopsie: _____
	<input type="checkbox"/> Varizella Zoster Virus PCR	<input type="checkbox"/> _____

**Bemerkungen:** \_\_\_\_\_

**Nachbestellung von Auftragsformularen**

10 Ex.  50 Ex.  100 Ex.  mit Versandmaterial  ohne Versandmaterial

Bitte Ihre genaue Adresse (Stempel) im Auftraggeberfeld angeben!

Labornummer

Bitte hier falzen

