

Name, Vorname und Anschrift des Patienten / Patienten-Etikett

geb. am

Datum

Dr. Laser / Dr. Hornei / Dr. Gerards / Dr. Eickhoff / Prof. Dr. Hütter / Dr. Jahns-Streubel
Gesellschaft für medizinische Versorgungszentren, GbR
Drs. Stollberg, Schöngén, Laser, Hornei, Gerards, Dux, Voit

UNTERSUCHUNGS-AUFTRAG BORRELIEN



Akkreditiert durch
Zentralstelle der Länder
für Gesundheitsschutz
bei Arzneimitteln
und Medizinprodukten
ZLG-P-552.02.06

LABORATORIUMS MEDIZIN

Labor: An der Wachsfabrik 25 / 50996 Köln
Telefon 0 22 36 / 3911-0 / Fax 0 22 36 / 391199

Ambulanz: Zeppelinstr. 1 / 50667 Köln
Telefon 0 22 1 / 27 76 - 237

Materialentnahme

Datum:
Entnahmezeit:

Eingangsstempel

nur für
laborinternen
Gebrauch

Schein

Adresse und
Unterschrift des
überweisenden Arztes

Abrechnungsstatus

- stationärer Patient ohne Wahlleistung
- Privatpatient (Versicherungsträger)
-
- ambulanter Kassenpatient (Überw. beifügen)
- Betriebsärztlicher Dienst
- Berufsgenossenschaft
- Gutachten für Sozialgericht, BfA, LVA

Material

- Blut
- Serum **S**
- Liquor **L**
- Gelenkpunktat **P**
- Biopsat
- Urin
- Sonstiges

Rechnung an:

- Einsender
- Patient

BORRELIEN-ANTIKÖRPER

- BORS **IgG-AK im Serum** **S**
- IGME **IgM-AK im Serum** **S**
- WEBS **Westernblot m. Serum** **S**
- BORP **IgG-AK im Punktat** **P**
- BOMP **IgM-AK im Punktat** **P**
- WEBP **Westernblot m. Punktat** **P**

Für AK-Bestimmungen im Liquor bitte
Untersuchungsauftrag Liquordiagnostik
verwenden

Kontrolluntersuchung

Tagesnummer: Datum:

BORRELIEN-DIREKTNACHWEIS

- BOPR **Borrelien-DNA (PCR)
i. Liquor, Punktat, Haut-
biopsat, Zecke**

Erregerisolierung (Kultur) aus:

- BOIH **Haut^①**
- BOIL **Liquor**
- BOIB **Blut^②**
- BOIG **Gelenkpunktat**
- BOIA **anderes Biopsat^①**
- BOIA **Zecke**

IMMUNOLOGIE

- CD57 **CD57** **E**
- LTTBO **Lymphozyten-Trans-
formationstest Borrelien**
tel. Rücksprache erbeten,
keine Kassenleistung
Postversand nur Mo. - Mi. **H**

DD ARTHRITIS

- SYN **Synovialanalyse** **P**
- CAMA **Campylobacter-AK** **S**
- CHL **Chlamydia trachomatis
IgG, A-AK** **S**
- GRWI **Salmonellen-AK** **S**
- SHI **Shigellen-AK** **S**
- YERE **Yersinien-AK** **S**

ANDERE INFEKTIONEN

- BABES **Babesien-AK** **S**
- BART **Bartonella henselae**
IgG, IgM, Katzenkratzkrankheit **S**
- EHRlich **Ehrlichiose IgG, M** **S**
- RICK **Rickettsien** **S**

Klinische Angaben (bitte unbedingt ausfüllen! Wichtig für die Bewertung!)

Krankheitsbeginn: _____

Waldexposition: _____

Zeckenstich: _____

Aufenthalt ausserhalb des Heimatkreises: _____

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Erythema chronicum migrans | <input type="checkbox"/> Enzephalopathie | <input type="checkbox"/> Andere Symptomatik (welche?) _____ |
| <input type="checkbox"/> Lymphadenitis benigna cutis | <input type="checkbox"/> Arthritis-Arthralgie | _____ |
| <input type="checkbox"/> Akrodermatitis chron. atroph. | <input type="checkbox"/> Karditis | _____ |
| <input type="checkbox"/> Meningitis | <input type="checkbox"/> Zirkumskripte Sklerodermie | _____ |
| <input type="checkbox"/> Polyneuritis | <input type="checkbox"/> Iridozyklitis, Chorioretinitis, | <input type="checkbox"/> Lues ausgeschlossen |
| <input type="checkbox"/> Myelitis | <input type="checkbox"/> Opticusneuritis, Keratitis | <input type="checkbox"/> Schwangerschaft (SSW?) _____ |

Liquor

Zellzahl: _____

Zellart: _____

Gesamt Eiweiss: _____

IgG: _____

Oligoklonales IgG: _____

Antibiotika

welche: _____

tgl. Dosis: _____

Dauer: _____

Bemerkungen/sonst. Analysen

① in Phosphatpuffer o. physiol. NaCl-Lsg.
② ungerinnbar