


## 1 Inhalt

<b>Institut für Pathologie</b>		<b>Fax-Nr.: 557-1295</b>	
<b>Patienten-/Falldaten (ggf. Aufkleber)</b>  Name, Vorname: .....  Geburtsdatum: ..... Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w  Kostenträger: .....  Ihr Zeichen: .....			
		<b>Institut für Pathologie</b>  <b>Direktorin: Prof. Dr. med.          Claudia Wickenhauser</b>  Magdeburger Str. 14 06112 Halle (Saale)  <b>Sektion</b> <b>Molekulare Diagnostik</b> <b>Leitung: (0345) 557 5033</b> <b>Labor: (0345) 557 4751</b>	
<b>Bitte für eventuelle Rückfragen angeben!</b> Tel.: .....			
<small>Name / Unterschrift der/des behandelnden Ärztin/Arztes</small>			
<input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> GKV <input type="checkbox"/> PKV <input type="checkbox"/> CA			

<b>Materialbeschreibung</b>	<input type="checkbox"/> FFPE <input type="checkbox"/> anderes: .....
<b>Klinische Angaben</b>	.....
<b>Fragestellung</b>	.....

Eilige Bearbeitung

Viren	Bakterien	Protozoen	Pilze
<input type="checkbox"/> CMV <input type="checkbox"/> EBV (DNA/PCR) <input type="checkbox"/> EBV (RNA/CISH) <input type="checkbox"/> HHV6 <input type="checkbox"/> HHV8 <input type="checkbox"/> HPV (mit Typisierung) <input type="checkbox"/> HSV1 <input type="checkbox"/> HSV2 <input type="checkbox"/> Parvovirus B19	<input type="checkbox"/> Bartonella henselae <input type="checkbox"/> Borrelia burgdorferi <input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis <input type="checkbox"/> Listeria monocytogenes <input type="checkbox"/> Mykobakterien (mit Typisierung) <input type="checkbox"/> Tropheryma whipplei <input type="checkbox"/> Helicobacter pylori (einschl. Resistenzbestimmung)	<input type="checkbox"/> Toxoplasma gondii <input type="checkbox"/> Leishmanien	<input type="checkbox"/> Fungi-Panel <small>(mit Typisierung)</small>
<input type="checkbox"/> weitere Erreger auf Anfrage: .....			

## 2 Archivierung

- gemäß aktuell geltender Qualitätsmanagementvorgaben