

## Anforderung für Erreger-Diagnostik

Krankenkasse bzw. Kostenträger
Name, Vorname und Adresse des/der Versicherten  geb. am:
<b>Gesetzlich</b> <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> IGeL <input type="checkbox"/> §116b <input type="checkbox"/> ASV
<b>Privat</b> <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> KVB <input type="checkbox"/> PostB <input type="checkbox"/> Bundesknappschaft
<b>Block/Probennummer</b>

Barcodefeld (nicht beschriften)



MVZ Pathologie BETHESDA gGmbH  
 Heerstr. 219  
 47053 Duisburg  
 Tel.: 0203 6008 1600  
 Fax: 0203 6008 1649

<b>ICD-10 (Pflichtangabe)</b>
-------------------------------

**Klinische Befunde/Material/Fragestellung**

**Externe** Bearbeitung durch das **MVZ für Pathologie, Zytologie und Molekularpathologie Neuss**  
 (Bitte beachten Sie die daraus resultierende Verlängerung der Bearbeitungszeit)

### Viren

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> <b>HPV-Typisierung</b> (FFPE-Gewebe; LCD-Array-Kit)<br><input type="checkbox"/> <b>Herpes-Virus-Multiplex-PCR</b> (HSV1/2, VZV, EBV, CMV, HHV6)<br><input type="checkbox"/> <b>HHV8</b><br><input type="checkbox"/> <b>Parvovirus B19</b> | <input type="checkbox"/> <b>Hepatitis-C-Virus</b><br><input type="checkbox"/> <b>Polyoma BK-Virus</b><br><input type="checkbox"/> <b>Polyoma JC-Virus</b> |
|--|---|

### Bakterien/Pilze

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Mykobakterien</b> (incl. Subtypen)<br><input type="checkbox"/> <b>Helicobacter Pylori</b> (Clarithromycin & Fluorochinolon-Resistenz)<br><input type="checkbox"/> <b>Tropheryma whippelii</b><br><input type="checkbox"/> <b>Bartonella henselae</b><br><input type="checkbox"/> <b>Neisseria gonorrhoeae</b><br><input type="checkbox"/> <b>Treponema pallidum</b> | <input type="checkbox"/> <b>Yersinia enterocolitica</b><br><input type="checkbox"/> <b>Clostridium difficile-Toxin</b><br><input type="checkbox"/> <b>Universal-Erreger-Nachweis</b> (Bakterien (16SrRNA) + Pilze (18SrRNA))<br><input type="checkbox"/> <b>Parodontitis Erreger</b><br><input type="checkbox"/> <b>Mykosen</b><br><input type="checkbox"/> <b>Pneumocystis jirovecii</b> |
|---|---|

### Protozoen

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Leishmanien</b> | <input type="checkbox"/> <b>Toxoplasma Gondii</b> |
|---|---|

### Gelenkinfektionen/Rheumatologische Erkrankungen

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> <b>Erregernachweis Gelenkinfektionen</b><br><input type="checkbox"/> <b>Chlamydia trachomatis</b><br><input type="checkbox"/> <b>Chlamydia pneumoniae</b> | <input type="checkbox"/> <b>Borrelia burgdorferi</b><br><input type="checkbox"/> <b>microRNA-Panel</b> „DD Arthrose vs. Rheumatoide Arthritis“ |
|--|--|

### Sonstige Anforderungen/Einzelanforderungen

\_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift  
Stempel