



## UNTERSUCHUNGSANTRAG FRÜHSOMMER-MENINGOENZEPHALITIS (FSME)

### NATIONALES REFERENZZENTRUM FÜR ZECKENÜBERTRAGENE KRANKHEITEN

Wir bitten Sie um eine telefonische Probenanmeldung unter der Nummer 058 468 14 44 oder 058 468 14 01.  
Die Probenannahme erfolgt ausschliesslich werktags.

**PatientIn:**

Name: .....  
Vorname: .....  
Geburtsdatum: ..... Geschlecht:  m  f  
Adresse: .....  
PLZ/Ort: .....  
.....  
.....

**AuftraggeberIn:**

Name: .....  
Adresse: .....  
PLZ/Ort: .....  
Tel.: .....  
Fax: .....  
Befundkopie an: .....  
.....

**Entnahmedatum / Entnahmezeit:**

.....

**Ihre Referenz:** (z.B. laborinterne Auftragsnummer)

.....

**Klinik, Anamnese / spezielle Fragestellung:**

.....  
.....

**Therapie:**

.....  
.....

**Grund der Untersuchung:**

Primärdiagnostik     Bestätigungsdiagnostik

**Bisherige Laborresultate:**

.....

Bitte wählen Sie die gewünschte Untersuchung und das dazugehörige Untersuchungsmaterial aus.

**SEROLOGIE**

<input type="checkbox"/> FSME IgG	<input type="checkbox"/> Liquor	<input type="checkbox"/> Serum	<input type="checkbox"/> Plasma
<input type="checkbox"/> FSME IgM	<input type="checkbox"/> Liquor	<input type="checkbox"/> Serum	<input type="checkbox"/> Plasma

**MOLEKULARBIOLOGIE**

<input type="checkbox"/> FSME PCR	<input type="checkbox"/> Liquor	<input type="checkbox"/> Serum	<input type="checkbox"/> Plasma
-----------------------------------	---------------------------------	--------------------------------	---------------------------------

Januar 2016