

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

LABOR ENDERS

UNTERSUCHUNGSauftrag I



Infektionsdiagnostik, Virologie,
Bakteriologie, Mykologie, Parasitologie

(Verdachts-)Diagnosen / Symptome / Medikation

Auftrag (bitte auch wichtige Befunde)

Einsender:

Unterschrift des Arztes

Vorbefunde: Datum u. Nummer: _____

Kostenträger:

- Stationär: Allgemeine Pflegekosten-Abteilung
- Stationär: Privat-Patient
(bitte vollständige Adresse angeben)
- Ambulant: Privat-Patient oder Selbstzahler
(bitte vollständige Adresse angeben)
- Ambulant: Kassenpatient
(bitte Überweisungsschein beilegen)

EILT!

eiliger Befund per

- Telefon _____
- Fax _____

Labor Enders

**Prof. Dr. med. Gisela Enders
und Kollegen MVZ**

Postfach 10 12 36 · 70011 Stuttgart
Rosenbergstraße 85 · 70193 Stuttgart
Telefon 0711/63 57-0
Telefax 0711/63 57-202
Bakteriologie 63 57-152+156
Klin. Chemie 63 57-218

SSW (vollendet) + Tage: _____

Entnahmedatum _____

Entnahme-Zeit _____

Mutterschaftsvorsorge

Gravidität: -Gravida Parität: -Para

- ABO, Rh
- AKS
- LSR
- HIV 1,2
- Chlamydia trachom.
- Röteln-HAH
- Röteln-IgG
- Röteln-IgM
- HBsAg

weitere Untersuchungen nicht obligatorisch:

- Toxoplasmose
- Cytomegalie
- Varizella-Zoster
- Parvovirus B 19 (Ringelröteln)

Klinische Angaben

Leitsymptome

- Arthralgie
- Bronchiolitis
- Bronchitis
- Cholangitis
- Enanthem

- Enteritis
- Enzephalitis
- Exanthem
- Fieber
- Gastritis
- Genitalinfektion
- grippaler Infekt

- Hepatitis
- Keratokonjunktivitis
- Lymphadenitis
- Meningitis
- Myalgie
- Otitis
- Pankreatitis
- Paresen

- Peri-Myokarditis
- Pleurodynie
- Pneumonie
- Polyneuropathie
- Polyradikulitis
- Tracheitis
- Urethritis
- _____

Immunitätslage bei:

- Kontakt
- Impfung
- Blutspender

- Vorsorge Schwangerschaft
- Mens
- Auslandsaufenthalt

Immunistatus für:

- _____
- _____
- _____

Erkrankung

- Krankheitsbeginn am: _____
- akut
 - chronisch
 - pränatal
 - perinatal
 - postnatal

Bisherige Befunde

Liquor _____

Bisherige Behandlung

- Antibiotika
- Chemotherapie
- Immunglobulingabe
- Transfusion
- Transplantation
- _____

Frühere Impfungen

Gewünschte Untersuchung (siehe Rückseite) oder:

Untersuchung entsprechend Symptomatik: Leitsymptome bitte angeben: _____

MRSA-Aufnahmescreening: 4-MRGN-Aufnahmescreening: _____

Standardtest

Schnelltest (PCR)

MRSA-Kontrolle: _____

Befund telef. an Einsender an Patient an _____

Telefon _____

Unterschrift _____

