



Patientendaten/-etikett (bitte Etikett verwenden)	Einsenderdaten (Stempel)
Name: _____	Bitte einsendende Station immer mit angeben!
Geburtsdatum: _____	
Adresse: _____	
weiblich männlich keine Angabe stationär ambulant Kasse Privat Personal	

Klinische (Verdachts-)Diagnose:	Immunsuppression: ja nein
Entnahmedatum:	Vorerkrankung/Besonderheit:
Entnahmezeitpunkt:	Material: Serum EDTA-Plasma

Suchteste für Hepatitisviren und HIV	
<input type="checkbox"/>	akute Hepatitis (Anti-HAV-IgM, HBsAg, Anti-HBc, Anti-HCV, Anti-HEV-IgG, Anti-HEV-IgM)
<input type="checkbox"/>	chronische Hepatitis (HBsAg, Anti-HBc, Anti-HCV)
<input type="checkbox"/>	Immunstatus vor Hepatitis B-Impfung (Anti-HBc)
<input type="checkbox"/>	Hepatitis B-Titer (Anti-HBs)
<input type="checkbox"/>	Immunstatus vor oder nach Hepatitis A-Impfung (Anti-HAV-IgG)
<input type="checkbox"/>	Z.n. LTx (HBsAg, Anti-HBs)
<input type="checkbox"/>	Anti-HIV

Einzeluntersuchungen für Hepatitisviren und HIV		
Hepatitis A		
<input type="checkbox"/>	Anti-HAV-IgG	HAV-PCR quantitativ
<input type="checkbox"/>	Anti-HAV-IgM	HAV-Genotypisierung
Hepatitis B		
<input type="checkbox"/>	HBsAg	HBV-PCR quantitativ
<input type="checkbox"/>	HBsAg quantitativ	HBV-Genotypisierung
<input type="checkbox"/>	Anti-HBs	HBV-Resistenztestung
<input type="checkbox"/>	Anti-HBc	HBV-Escape-Variante
<input type="checkbox"/>	Anti-HBc-IgM	HBV-Precore-Variante
<input type="checkbox"/>	HBeAg	
<input type="checkbox"/>	Anti-HBe	
Hepatitis C		
<input type="checkbox"/>	Anti-HCV Suchtest	HCV-PCR quantitativ
<input type="checkbox"/>	Anti-HCV Bestätigungstest	HCV-Genotypisierung
Hepatitis D		
<input type="checkbox"/>	Anti-HDV	HDV-PCR quantitativ
Hepatitis E		
<input type="checkbox"/>	Anti-HEV-IgG	HEV-PCR quantitativ
<input type="checkbox"/>	Anti-HEV-IgM	HEV-Genotypisierung

HIV		
<input type="checkbox"/>	Anti-HIV-1,-2 Suchtest	HIV-1-PCR quantitativ <i>aus EDTA-Plasma</i>
<input type="checkbox"/>	Anti HIV-1,-2 Bestätigungstest	

Nadelstichverletzungen	
<input type="checkbox"/>	Nadelstichspender/ Indexperson (HBsAg, Anti-HBc, Anti-HCV, Anti-HIV)
<input type="checkbox"/>	Name des Nadelstichempfängers:
<input type="checkbox"/>	Nadelstichempfänger/ Verletzte Person (Anti-HBs, Anti-HCV, Anti-HIV)
<input type="checkbox"/>	Name des Nadelstichspenders: