

UNTERSUCHUNGSauftrag

Molekularbiologische Infektionsdiagnostik auf *Tropheryma whipplei*

Bitte senden an:

Universitätsklinikum Leipzig
Institut für Med. Mikrobiologie und Virologie
Konsiliarlabor *Tropheryma whipplei*
Prof. Dr. med. Annette Moter
Liebigstr. 21, Haus C
04103 Leipzig, Germany

Einsender

Tel: _____

Fax: _____ (für Befundmitteilung per Fax)

Servicetelefon und Befundabfrage

Tel: +49 (0) 341 97 15200
Fax: +49 (0) 341 97 15209
konsiliarlabor-whipple@medizin.uni-leipzig.de

Patientenaufkleber

Patientendaten

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Geschlecht m w d
 Patient*in ist Selbstzahler*in/Wahlleistung _____

OP/Probennahme Datum / Uhrzeit: _____

Untersuchung auf PCR auf *Tropheryma whipplei*
zusätzlich: panbakterielle PCR andere: _____

Probenmaterial Liquor
 Biopsien Duodenum Antrum Colon Morgenurin
 sonstiges: _____

Grund für die PCR-Untersuchung auf *T. whipplei*

bekannter Morbus Whipple Erstdiagnose: _____
 Therapiekontrolle Behandelt seit: _____

Vor Behandlung waren Patientenproben positiv: histologisch in der PCR
 negativ: histologisch in der PCR
 nicht bekannt

Verdachtsfall; Klinik: _____

Vorbehandlung

Antibiotikatherapie _____ seit _____
 nicht bekannt keine Immunsuppression

Datum

Name Arzt*Ärztin

Unterschrift