

# Universitätsklinikum Leipzig

## Virologie

Leitung Krankenversorgung: PD Dr. med. C. Pietsch  
 Institut für Medizinische Mikrobiologie und Virologie  
 Johannisallee 30, 04103 Leipzig  
 Eingangslabor Tel.: 0341 97-14322, FAX: 0341 97-14319  
 Befundinterpretation Tel.: 0341 97-14326  
 Ärztl. Rufbereitschaft Tel.: 0151 52737848 u. 0160 91288958

Eingangsdatum	Auftragsnummer
---------------	----------------

## Antrag auf virologische Untersuchung

PATIENT (Etikett mit Barcode)	EINSENDER (Stempel und Arztunterschrift)
Name, Vorname: ..... Geb.-Datum: ..... Geschlecht: ..... Anschrift: ..... ..... Fallnummer: ..... <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> Ärztl. Wahlleistung	Einsender-Stempel     Arzt und Tel. für Rückfragen .....

### Untersuchungsmaterial

**Entnahme-Datum und Uhrzeit:** .....  **Notfall**

Serum  Liquor  EDTA-Blut  Fetal-/Nabelschnurblut  Urin  Stuhl  BAL  Trachealsekret  Rachenspülwasser  
 Nasen/Rachen-Abstrich  Biopsie (Organ).....  Abstrich (wovon).....  Sonstiges .....

### Klinische Angaben

(unvollständige Angaben führen zu Rückfragen und verzögern u.U. eine optimale Bearbeitung)  
 Verdachtsdiagnose/aktuelle Symptomatik, Immunsuppression, Gabe von Blutprodukten, Impfungen, Virustatika, etc.

.....  
 .....

**Nadelstichverletzung:**     Indexperson     Exponierte Person

### Antikörpernachweis (Untersuchungsmaterial: Serum oder Serum-Liquor-Paar)

<input type="checkbox"/> HIV 1 & 2	<input type="checkbox"/> Cytomegalievirus (CMV)	<input type="checkbox"/> Influenza A/B-Virus	<input type="checkbox"/> Poliomyelitisviren (Typ 1)
<input type="checkbox"/> Rötelnvirus	<input type="checkbox"/> Herpes-Simplex-Virus (HSV 1 & 2)	<input type="checkbox"/> Parainfluenzavirus (PIV)	<input type="checkbox"/> West-Nil-Virus
<input type="checkbox"/> Masernvirus	<input type="checkbox"/> Varizella-Zoster-Virus (VZV)	<input type="checkbox"/> SARS-CoV-2	<input type="checkbox"/> Dengue Typ 1-4
<input type="checkbox"/> Mumpsvirus	<input type="checkbox"/> Epstein-Barr-Virus (EBV)	<input type="checkbox"/> Picornaviren (Entero-,	<input type="checkbox"/> .....
<input type="checkbox"/> Parvovirus B19	<input type="checkbox"/> Hantavirus	ECHO-, Coxsackie-Viren)	<input type="checkbox"/> .....
<input type="checkbox"/> HTLV 1 & 2	<input type="checkbox"/> FSME-Virus		<input type="checkbox"/> .....

### Erregernachweis (Nukleinsäurenachweis, z.B. PCR)

<input type="checkbox"/> HSV	<input type="checkbox"/> Rotavirus	<input type="checkbox"/> FSME-Virus (Liquor)	<input type="checkbox"/> Hepatitis A Virus
<input type="checkbox"/> CMV (>2ml Material)	<input type="checkbox"/> Astrovirus	<input type="checkbox"/> Masernvirus	<input type="checkbox"/> Hepatitis B Virus (>2ml Serum)
<input type="checkbox"/> VZV	<input type="checkbox"/> Enterovirus	<input type="checkbox"/> Mumpsvirus	<input type="checkbox"/> Hepatitis C Virus (>2ml EDTA-Blut)
<input type="checkbox"/> EBV	<input type="checkbox"/> Parechovirus	<input type="checkbox"/> Rötelnvirus	<input type="checkbox"/> Hepatitis D Virus
<input type="checkbox"/> HHV-6	<input type="checkbox"/> Influenzavirus A/B	<input type="checkbox"/> JCV/BKV	<input type="checkbox"/> Hepatitis E Virus
<input type="checkbox"/> Parvovirus B19	<input type="checkbox"/> Parainfluenzavirus	<input type="checkbox"/> West-Nil-Virus	<input type="checkbox"/> HIV-1 (4-6ml EDTA-Blut)
<input type="checkbox"/> Papillomviren	<input type="checkbox"/> RS-Virus	<input type="checkbox"/> Usutu-Virus	<input type="checkbox"/> .....
<input type="checkbox"/> Polyomaviren	<input type="checkbox"/> Metapneumovirus	<input type="checkbox"/> Dengue-Virus	<input type="checkbox"/> .....
<input type="checkbox"/> Adenovirus	<input type="checkbox"/> Rhinovirus	<input type="checkbox"/> Gelbfiebertvirus	<input type="checkbox"/> .....
<input type="checkbox"/> Norovirus	<input type="checkbox"/> Coronavirus (endem.)		<input type="checkbox"/> .....
<input type="checkbox"/> Sapovirus	<input type="checkbox"/> SARS-CoV-2 (COVID19)		<input type="checkbox"/> .....

### Virushepatitis und Resistenztests

<input type="checkbox"/> Verdacht akut	<input type="checkbox"/> Verdacht chronisch	<input type="checkbox"/> gesichert	<input type="checkbox"/> vor Impfung Hepatitis A/B	<input type="checkbox"/> nach Impfung Hepatitis A oder B
<input type="checkbox"/> anti-HAV	<input type="checkbox"/> anti-HCV	<input type="checkbox"/> HAV-PCR	<b>----- Resistenztest (genotypisch) -----</b>	
<input type="checkbox"/> anti-HBc	<input type="checkbox"/> anti-HDV	<input type="checkbox"/> HBV-PCR (>2ml Serum)	<input type="checkbox"/> HIV-1-Resistenztest	<input type="checkbox"/> CMV-Resistenztest
<input type="checkbox"/> anti-HBc-IgM	<input type="checkbox"/> anti-HEV	<input type="checkbox"/> HBV-Genotyp	<input type="checkbox"/> HBV-Resistenztest	
<input type="checkbox"/> anti-HBs	<input type="checkbox"/> anti-CMV	<input type="checkbox"/> HCV-PCR (>2ml EDTA-Blut)	<input type="checkbox"/> HCV-Resistenztest	
<input type="checkbox"/> anti-HBe	<input type="checkbox"/> anti-EBV	<input type="checkbox"/> HCV-Genotyp	Welche Virustatika, seit wann? .....	
<input type="checkbox"/> HBs-Ag	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> HDV-PCR	.....	
<input type="checkbox"/> HBe-Ag	<input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/> HEV-PCR	.....	