

Einsender		<b>Patient</b>	
		Name _____	
		Geb. _____	
		Adresse _____	
		_____	
Telefonnr:	Unterschrift des Einsenders	<b>Versicherungsstatus:</b> <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Kasse <input type="checkbox"/> Selbstzahler	

**Untersuchungsindikation/Diagnose:**

<b><u>Untersuchungsmaterial:</u></b>	<b>Entnahmedatum:</b> _____	<b>Uhrzeit:</b> _____
<b>Für Antikörpernachweis</b>	<b>Für Virusisolierung und phänotypische Resistenztestung HSV (bitte Originalmaterial!)</b>	<b>Für VZV-PCR und/oder Typisierung</b>
<input type="checkbox"/> Serum <input type="checkbox"/> EDTA-Plasma	<input type="checkbox"/> Bläscheninhalt/Abstrich Lokalisation: _____	<input type="checkbox"/> Abstrich: Lokalisation _____
	<input type="checkbox"/> Rachenabstrich	<input type="checkbox"/> Liquor
	<input type="checkbox"/> Trachealsekret/BAL	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____
	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	<b>Für HSV-PCR und Typisierung (Verdacht auf Herpes genitalis oder Herpes an ungewöhnlicher Lokalisation)</b>
		<input type="checkbox"/> Bläscheninhalt/Abstrich Lokalisation: _____

<b><u>Untersuchungsanforderung:</u></b>			
<b><u>Antikörpernachweis</u></b>		<b><u>Nukleinsäurenachweis (PCR)/Typisierung</u></b>	
<input type="checkbox"/> HSV 1/2-IgG-Avidität	<input type="checkbox"/> VZV-IgG-Avidität	<input type="checkbox"/> HSV-1	<input type="checkbox"/> VZV
<input type="checkbox"/> HSV-IgG typenspezifische Differenzierung HSV1/HSV2	<input type="checkbox"/> VZV-IgG-IFT <input type="checkbox"/> negatives IgG EIA/ChLIA <input type="checkbox"/> trotz Impfung <input type="checkbox"/> bei fraglicher Anamnese	<input type="checkbox"/> HSV-2	<input type="checkbox"/> VZV-Typisierung (Unterscheidung Impf-/Wildtyp)
<b><u>HSV: Virusisolierung</u></b>	<b><u>HSV: Antivirale Resistenz</u></b>		
<input type="checkbox"/> HSV-Isolierung (mit Differenzierung HSV1/HSV2)	<input type="checkbox"/> HSV phänotypische Resistenztestung (Indikationsstellung siehe Algorithmus)		

<b><u>Notwendige Patienteninformationen für antivirale Resistenz ( falls nicht verfügbar, bitte Telefon + Name Ansprechpartner):</u></b> _____	
Immunsuppression: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Bisherige antivirale Therapie:
Virusnachweis seit: _____	<input type="checkbox"/> Acyclovir <input type="checkbox"/> i. v. <input type="checkbox"/> oral Dosis: _____ seit: _____
Virusnachweis durch: <input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> Virusisolierung <input type="checkbox"/> andere	<input type="checkbox"/> Valacyclovir... Dosis: _____ seit: _____
Lokalisation der Läsionen: _____	<input type="checkbox"/> Foscarnet seit: _____
	<input type="checkbox"/> andere: _____ seit: _____

<b><u>Notwendige Patienteninformation für VZV-Typisierung (Unterscheidung Impfstamm – Wildtyp)</u></b>	
<b>Impfanamnese:</b>	<b>Verdachtsdiagnose:</b>
1. Impfung: _____ (Datum)	<input type="checkbox"/> Zoster
2. Impfung: _____ (Datum)	<input type="checkbox"/> Impf-Windpocken
Impfstoff: _____	<input type="checkbox"/> Windpocken-Durchbruchsinfektion (Wildvirusinfektion trotz Impfung)

**Zusätzliche Informationen:**

**Bitte beachten: Bei klinischem Verdacht auf antivirale Resistenz bei immunsupprimierten Patienten darf nicht auf das Ergebnis der Resistenztestung gewartet werden. Es wird eine umgehende Umstellung der Therapie empfohlen, um Komplikationen zu vermeiden.**