

Einsender		Patient	
		Name _____	
		Geb. _____	
		Adresse _____	

Telefonnr:	Unterschrift des Einsenders	Versicherungsstatus: <input type="checkbox"/> Privat <input type="checkbox"/> Kasse <input type="checkbox"/> Selbstzahler	

Untersuchungsindikation/Diagnose:

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

Untersuchungsanforderung:

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

Notwendige Patienteninformationen für antivirale Resistenz (falls nicht verfügbar, bitte Telefon + Name Ansprechpartner): _____

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: _____

Notwendige Patienteninformation für VZV-Typisierung (Unterscheidung Impfstamm – Wildtyp)

Impfanamnese:	Verdachtsdiagnose:
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: