

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Anforderungsschein für das Konsiliarlabor für Treponemen

laborkrone

Siemensstraße 40 Tel. 05222 8076-0
32105 Bad Salzuflen www.laborkrone.de



schwanger SSW/SST

W	W	T
---	---	---

Abnahmedatum Abnahmezeit

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- | | | | | |
|-----------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> weiblich | <input type="checkbox"/> männlich | <input type="checkbox"/> Telefon | <input type="checkbox"/> Privat-Rechnung an Patient/in | <input type="checkbox"/> Befundkopie an Patient/in |
| <input type="checkbox"/> divers | <input type="checkbox"/> unbestimmt | <input type="checkbox"/> Fax | <input type="checkbox"/> IGeL-Rechnung an Patient/in | <input type="checkbox"/> Nachanforderung |

Anamnese

Klinische Symptomatik seit:

Bekannte Syphilis-Vorerkrankung:

Klinische Symptomatik seit:

Klinik

<input type="checkbox"/> Erythem	<input type="checkbox"/> Plaques muqueuses
<input type="checkbox"/> Ulcus durum	<input type="checkbox"/> Neurologische Symptome
<input type="checkbox"/> regionale Lymphadenitis	<input type="checkbox"/> Vaskuläre Schädigungen
<input type="checkbox"/> generalisiertes Exanthem	<input type="checkbox"/> Kardiologische Symptome
<input type="checkbox"/> generalisierte Lymphadenitis	<input type="checkbox"/> Gummen
<input type="checkbox"/> Andere:	

.....

.....

Material

Serum

Liquor

Abstrich

Sonstiges:

.....

Sonstige Angaben, Fragestellungen:

.....

.....

Einsenderinformationen

.....
Name

.....
Straße

.....
PLZ, Ort

.....
Telefon

Therapie

Präparat:

Therapiebeginn:

Dosierung:

Therapieende:

Untersuchungsauftrag

vollständige Stufendiagnostik

vergleichende Blutanalyse bei Mutter und Kind zum Ausschluss einer konnatalen Syphilis

vergleichende Analyse von Serum und Liquor zum Ausschluss einer Neuroloues

Treponema pallidum PCR

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

