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

Barcode hier kleben!

☐ schwanger SSW/SST W W T

Abnahmedatum | Abnahmezeit

☐ weiblich ☐ männlich ☐ Telefon ☐ Privat – Rechnung an Patient/in ☐ Befundkopie an Patient/in

☐ divers ☐ unbestimmt ☐ Fax ☐ IGeL – Rechnung an Patient/in ☐ Nachanforderung

Anamnese

Klinische Symptomatik seit:

Bekannte Syphilis-Vorerkrankung:

Potenzieller Risikokontakt am:

Einsenderinformationen

..... .
Name

..... .
Straße

..... .
PLZ, Ort

..... .
Telefon

Klinik

- ☐ **Erythem**
- ☐ **Ulcus durum**
- ☐ **regionale Lymphadenitis**
- ☐ **generalisiertes Exanthem**
- ☐ **generalisierte Lymphadenitis**
- ☐ **Plaques muqueuses**
- ☐ **Neurologische Symptome**
- ☐ **Vaskuläre Schädigungen**
- ☐ **Kardiologische Symptome**
- ☐ **Gummen**
- ☐ **Andere:**

..... .

..... .

Therapie

Präparat:

Therapiebeginn:

Dosierung:

Therapieende:

Material

- ☐ **Serum**
- ☐ **Liquor**
- ☐ **Abstrich**
- ☐ **Sonstiges:**

..... .

Untersuchungsauftrag

- ☐ **vollständige Stufendiagnostik**
- ☐ **vergleichende Blutanalyse bei Mutter und Kind zum Ausschluss einer konnatalen Syphilis**
- ☐ **vergleichende Analyse von Serum und Liquor zum Ausschluss einer Neurolues**
- ☐ **Treponema pallidum PCR**

Sonstige Angaben, Fragestellungen:

..... .

..... .

..... .
Ort, Datum

..... .
Unterschrift