

| | | |
|---|---|---|
| Dr. med. P. Isler Dr. med. A. Isler | Dr. med. A. Sattler Dr. med. M. Mosimann | Dr. med. M. Dobec Dr. phil.-nat. B. Mani |
| Name | | Geburtsdatum |
| Vorname | | Frühere Befunde: Nr. |
| Strasse, Nr. | | Probenentnahme Datum Zeit |
| PLZ | Ort | SSW + Tag |
| Arzt/Labor-Nr. / Spital-Abt. / Praxis-Patientennummer | | Probenmaterial |

VECTOR-BORNE DISEASES

Einsender: _____

Rechnung an: Kasse/Patient Einsender
 Selbstzahler Untenstehende(n)

Befundkopie an: Untenstehende(n)

Klinische Angaben

IV / SUVA-Nr. / KK-Mitglied-Nr. _____

Weitere Analysen: _____

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| w | m | Notfall | Tel. Bericht | Fax Bericht | Nur für internen Gebrauch: | Ent | SekM | UNBE | KoSM | PM | Serot | Orig | Schein | Urin | Weitere Analysen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

KLINIK

| | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Exanthem (inkl. Erythema migrans) | <input type="checkbox"/> Karditis (inkl. AV-Block) | <input type="checkbox"/> Lymphozytom | <input type="checkbox"/> Meningoradikulitis (inkl. Fazialisparese) |
| <input type="checkbox"/> Arthritis | <input type="checkbox"/> Fieber | <input type="checkbox"/> Konjunktivitis | <input type="checkbox"/> Enzephalitis |
| <input type="checkbox"/> Acrodermatitis chronica atrophicans | <input type="checkbox"/> Lymphadenopathie | <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Eschar |

Weitere Angaben: _____

Impfungen (letzte 6 Monate): _____

VEKTORÜBERTRAGENE ERKRANKUNGEN

| Zeckenübertragene Infekte | Mückenübertragene Infekte |
|---|---------------------------|
| Borrelia burgdorferi | Dengue-Virus |
| SERUM EDTA LIQUOR PUNKTAT/BIOPSIE | SERUM EDTA URIN |
| IgG / IgM Suchtest (falls positiv, autom. Bestätigungstest) | IgG / IgM und NS1 Antigen |
| IgG / IgM Liquor / Serum-Index | RNA-Nachweis |
| DNA-Nachweis | |
| FSME-Virus | Zika-Virus |
| IgG / IgM | IgG / IgM |
| IgG Immunstatus / Impftiter | RNA-Nachweis |
| IgG Liquor / Serum-Index | |
| Rickettsia/Anaplasma/Ehrlichia | West-Nil-Virus |
| Rickettsia Zeckenstichgruppe IgG / IgM | IgG / IgM |
| Rickettsia Typhusgruppe IgG / IgM | RNA-Nachweis |
| Anaplasma phagocytophilum IgG / IgM | |
| Anaplasma / Neoehrlichia / Ehrlichia DNA | |
| Zoonosen | Chikungunya-Virus |
| Francisella tularensis IgG / IgM | IgG / IgM |
| Francisella tularensis DNA | RNA-Nachweis |
| Coxiella burnetii IgG / IgM | |
| Bartonella henselae IgG / IgM | |
| Bartonella henselae / quintana DNA | |
| Hantavirus IgG / IgM | |
| Sandfliegenfieber-Virus | Gelbfieber-Virus |
| IgG / IgM | IgG / IgM |
| | RNA-Nachweis |
| Malaria | Malaria |
| Erregernachweis | Erregernachweis |

Patientenkette

Bitte hier falzen

Bitte hier falzen