



MB-LAB - Mikrobiologisches Labor

Univ.-Doz. Dr. Johannes Möst, Facharzt für Klinische Mikrobiologie und Hygiene

Franz-Fischer-Straße 7b, A-6010 Innsbruck

Öffnungszeiten: Mo-Fr 8-17 Uhr, Sa 8-10 Uhr

T: +43 (512) 563380

Fax-DW: -40

office@mb-lab.com

www.mb-lab.com

Patientendaten

Name		Vorname		Versicherung GKK für		Sonstige					
<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	Vers.-Nr.	Geb.-Datum		Klinik		Erkrankt seit					
Versicherter				Diagnose(n) – Bitte unbedingt angeben!							
Name		Vorname		Antibiotika-therapie:							
<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w	Vers.-Nr.	Geb.-Datum		E i n s e n d e r							
Adresse								Datum / Stempel / Unterschrift			
Straße											
PLZ		Ort									
Beschäftigt bei											

Probenmaterial

	30000001				30000001
<input type="checkbox"/> Serum (2 ml)	<input type="checkbox"/> Harn:	<input type="checkbox"/> Stuhl	Entnahmeregion:		
<input type="checkbox"/> Nativblut (5 ml)	<input type="checkbox"/> Erststrahl	<input type="checkbox"/> Ejakulat			
<input type="checkbox"/> EDTA-Blut (Malaria)	<input type="checkbox"/> Mittelstrahl	<input type="checkbox"/> Abstrich			
	<input type="checkbox"/> Einmalkatheter	<input type="checkbox"/> Punktat			
	<input type="checkbox"/> Dauerkatheter	<input type="checkbox"/> Sputum			
	<input type="checkbox"/> Eintauchobjektträger	<input type="checkbox"/> sonstiges:			

Stuhl	Harn	Urogenitaltrakt (Abstriche, Ejakulat)
<input type="checkbox"/> pathogene Erreger (Salmonella, Shigella, Campylobacter, Yersinia; EHEC bei Kindern unter 7 Jahren)	<input type="checkbox"/> pathogene Erreger	<input type="checkbox"/> pathogene Erreger
<input type="checkbox"/> Kontrolle bei bekanntem Erreger	<input type="checkbox"/> Pilzkultur	<input type="checkbox"/> Pilzkultur
<input type="checkbox"/> Salmonella	<input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis PCR**	<input type="checkbox"/> Gardnerella vaginalis
<input type="checkbox"/> Campylobacter jejuni/coli	<input type="checkbox"/> Neisseria gonorrhoeae PCR**	<input type="checkbox"/> Neisseria gonorrhoeae Kultur
<input type="checkbox"/> Salmonella/Shigella (berufs-/ausbildungsbedingt; diese Untersuchung ist selbst zu bezahlen)	<input type="checkbox"/> Mycoplasma genitalium PCR**	<input type="checkbox"/> Gruppe B Streptokokken
<input type="checkbox"/> EHEC	<input type="checkbox"/> Trichomonas vaginalis PCR**	<input type="checkbox"/> Mycoplasma hominis, Ureaplasma urealyticum Kultur*
<input type="checkbox"/> Norovirus	** Nativharn (Erststrahlharn) im Röhrchen ohne Zusatz	<input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis PCR*
<input type="checkbox"/> Rotavirus	Respirationstrakt	
<input type="checkbox"/> Adenovirus	<input type="checkbox"/> pathogene Erreger	<input type="checkbox"/> Neisseria gonorrhoeae PCR*
<input type="checkbox"/> Pilzkultur	<input type="checkbox"/> hämolysierende Streptokokken	<input type="checkbox"/> Mycoplasma genitalium PCR*
<input type="checkbox"/> Wurmeier und Parasiten (Giardia lamblia, Amöben)	<input type="checkbox"/> Pilzkultur	<input type="checkbox"/> Trichomonas vaginalis PCR*
<input type="checkbox"/> Clostridium difficile	<input type="checkbox"/> Influenza A, B PCR*	<input type="checkbox"/> HPV high risk PCR*
<input type="checkbox"/> Helicobacter pylori	<input type="checkbox"/> Respiratory Syncytial Virus (RSV)*	<input type="checkbox"/> HSV-1,2 PCR*
Sonstiges (Auge, Wunden, ...)	<input type="checkbox"/> Bordetella pertussis PCR*	<input type="checkbox"/> VZV PCR*
<input type="checkbox"/> pathogene Erreger	<input type="checkbox"/> Legionellen-Antigen im Harn	
<input type="checkbox"/> Pilzkultur	Blut	
<input type="checkbox"/> HSV-1,2 PCR*	EDTA-Blut oder Objektträger	
<input type="checkbox"/> VZV PCR*	<input type="checkbox"/> Malaria/Blutparasiten	
<input type="checkbox"/> Dermatophyten*		

* spezielles Abnahmesystem



MIK	AER	AHI	AN	SAB	CNA	SOJ	THIO	LZPI	PIR			
-----	-----	-----	----	-----	-----	-----	------	------	-----	--	--	--



Antikörperbestimmungen bei Verdacht auf Infektion (Nativblut oder Serum)

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Adenovirus | <input type="checkbox"/> Epstein-Barr Virus (EBV) | <input type="checkbox"/> Parvovirus B19 (Ringelröteln) |
| <input type="checkbox"/> Bordetella pertussis | <input type="checkbox"/> FSME | <input type="checkbox"/> Q-Fieber (Coxiella burnetii) |
| <input type="checkbox"/> Borrelia burgdorferi | <input type="checkbox"/> Helicobacter pylori | <input type="checkbox"/> Respiratory syncytial Virus (RSV) |
| <input type="checkbox"/> Brucella | <input type="checkbox"/> Herpes simplex Virus (HSV) | <input type="checkbox"/> Röteln |
| <input type="checkbox"/> Campylobacter | <input type="checkbox"/> Influenza A, B | <input type="checkbox"/> Salmonella typhi, paratyphi |
| <input type="checkbox"/> Chlamydia pneumoniae | <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> Syphilis (Lues) |
| <input type="checkbox"/> Chlamydia trachomatis | <input type="checkbox"/> Mumps | <input type="checkbox"/> Toxoplasmose |
| <input type="checkbox"/> Coxsackie A, B, Echoviren | <input type="checkbox"/> Mycoplasma pneumoniae | <input type="checkbox"/> Varicella-Zoster Virus (VZV) |
| <input type="checkbox"/> Cytomegalievirus (CMV) | <input type="checkbox"/> Parainfluenza 1, 2, 3 | <input type="checkbox"/> Yersinia |

Hepatitis- und HIV-Serologie

Hepatitis – Serologie

- Hepatitis A
HAV – Antikörper
- Hepatitis B
HBs – Antigen
HBs – Antikörper
HBc – Antikörper
- Hepatitis C
HCV – Antikörper
- HCV PCR quantitativ

HIV – Serologie

- HIV-1,2 Antikörper
+ HIV-1 Antigen

Immunitätsbestimmungen (Impftiter)

Diese Untersuchungen sind privat zu bezahlen.

Es werden nur IgG-Antikörper bestimmt;
nicht geeignet zum Nachweis einer frischen Infektion.

- | | |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diphtherie | <input type="checkbox"/> Masern |
| <input type="checkbox"/> Tetanus | <input type="checkbox"/> Mumps |
| <input type="checkbox"/> FSME* | <input type="checkbox"/> Röteln |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis A | <input type="checkbox"/> Varicellen |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis B | |
| <input type="checkbox"/> AUVA-Bestimmung
(bitte AUVA Formular beilegen) | |

* Durch eine Infektion mit einem anderen Flavivirus (Gelbfieber, Dengue, Japanische Enzephalitis, West-Nil, Zika u.a.) oder durch eine Impfung gegen Gelbfieber oder Japanische Enzephalitis induzierte Antikörper können die FSME-Impftiterbestimmung beeinflussen.

Häufige Infektionen und mögliche Erreger

Hier nicht ankreuzen! Dient nur der Information!

Arthritis	Borrelia, Campylobacter, Chlamydia trachomatis (evtl. auch Chlamydia pneumoniae), Hepatitis B, Mycoplasma, Parvo, Röteln, Salmonella, Yersinia
Embryopathie	CMV, Masern, Parvo, Röteln, Syphilis, Toxoplasmose, VZV
Exanthem	Borrelia, Coxsackie/Echo, EBV, HIV, HSV, Masern, Parvo, Röteln, Syphilis, VZV, Yersinia
Hepatitis	CMV, Coxsackie/Echo, EBV, Hepatitis A/B/C
Lymphadenitis	Adeno, CMV, EBV, HIV, Röteln, Syphilis, Toxoplasmose
Meningitis/Enzephalitis	Adeno, Borrelia, CMV, Coxsackie/Echo, EBV, FSME, HSV, Masern, Mumps, Toxoplasmose, VZV
Myokarditis/Perikarditis	Adeno, Brucella, CMV, Coxsackie/Echo, EBV, Influenza, Mycoplasma
Respiratorische Erkrankungen	Adeno, Chlamydia pneumoniae, CMV, Coxsackie/Echo, EBV, Influenza, Legionella, (Masern, Mumps), Mycoplasma, Parainfluenza, Pertussis, Q-Fieber, RSV, (VZV)
Urogenitalinfektionen	Chlamydia trachomatis, HSV, Syphilis

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