

UNTERSUCHUNGS-AUFTRAG

Molekularbiologische Infektionsdiagnostik
Fluoreszenz in situ Hybridisierung (FISH) / PCR



Einsendeadresse

PD Dr. A. Moter
Moter Diagnostics
Postadresse:
Charité-Universitätsmedizin Berlin, CBF
Hindenburgdamm 30
Gebäude 5011, R. U901
12203 Berlin

Servicetelefon und Befundabfrage
+49 (0) 30 450 524 524
service@moter-diagnostics.com

Einsender

Tel: _____ Fax: _____

Rechnungsadresse

 an den Patient*in (Selbstzahler*in/Wahlleistung)

Patientendaten

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: ..
Geschlecht m w d

Untersuchung auf

Erreger Mykobakterien Candida andere: _____
speziell: _____

Klinische (Verdachts-) Diagnose

Endokarditis Peri-Implantitis Spondylodiszitis Wundinfektion Intestinale Spirochätose
 Fremdkörperinfektion, Lokalisation: _____
 andere: _____
 Verdachtsfall; Klinik: _____

Probenmaterial

Material 1: _____ Entnahme: ..
Material 2: _____
Material 3: _____

Therapie

Antibiotikatherapie _____ seit ..
 nicht bekannt keine Immunsuppression Antiseptika, lokal

Mikrobiologie Vorbefunde

Datum

Name Arzt*Ärztin

Unterschrift

..