

UNTERSUCHUNGSauftrag

Fluoreszenz in situ Hybridisierung (FISH / PCR)
Molekularbiologische Infektionsdiagnostik
Kardiovaskuläre Infektionen



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: _____

Geschlecht m w d

Geburtsdatum: _____

Patientenaufkleber

Untersuchung auf

Erreger speziell: Nicht-tuberkulöse Mykobakterien Candida
 Tropheryma whipplei andere: _____

Diagnose

Endokarditis: nativ Prothese
 Schrittmacher-Infektion VAD-Infektion
 Verdachtsfall; Klinik: _____

Hinweis: Die FISH FIXATION SOLUTION enthält für eine optimale Leistung eine blaue Perle.

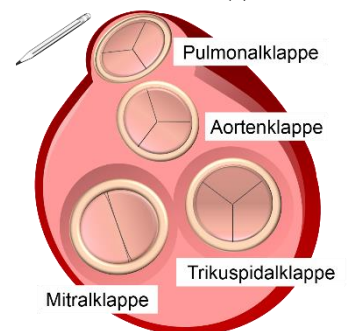
Probe(n) Entnahme: _____

Material 1: _____

Material 2: _____

Material 3: _____

bitte Probennahmestelle(n) markieren



Therapie

Antibiotikatherapie _____ seit:
 nicht bekannt keine Immunsuppression Antiseptika, lokal

Mikrobiologie Vorbefunde

bekannte Endokarditis Blutkulturen: negativ positiv mit _____

Datum	Name Arzt*Ärztin	Unterschrift
____/____/____	_____	_____