

UNTERSUCHUNGSauftrag

Molekularbiologische Infektionsdiagnostik
auf *Tropheryma whipplei*



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

Tropheryma whipplei zusätzlich: eubakterielle PCR andere: _____

Probenmaterial

Abnahmedatum: _____

Liquor

Biopsien Duodenum Antrum Colon Morgenurin

sonstiges: _____

Grund für die PCR-Untersuchung auf *T. whipplei*

bekannter Morbus Whipple Erstdiagnose: _____

Therapiekontrolle Behandelt seit: _____

Vor Behandlung waren Patientenproben positiv: histologisch in der PCR

negativ: histologisch in der PCR

nicht bekannt

Verdachtsfall; Klinik: _____

Vorbehandlung

Antibiotikatherapie _____ seit _____

nicht bekannt keine Immunsuppression

Datum

Name Arzt*Ärztin

Unterschrift
