

# UNTERSUCHUNGSauftrag



## Molekularbiologische Infektionsdiagnostik auf *Tropheryma whipplei*

### Bitte senden an:

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

### Einsender

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_ (für Befundmitteilung per Fax)

### Servicetelefon und Befundabfrage

**Tel: +49 (0) 30 8040 5950**  
**Fax: +49 (0) 30 8040 5952**  
**service@moter-diagnostics.com**

Patientenaufkleber

### Patientendaten

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geschlecht  m  w  d  
 Patient\*in ist Selbstzahler\*in/Wahlleistung \_\_\_\_\_

**OP/Probennahme** Datum / Uhrzeit: \_\_\_\_\_

**Untersuchung auf**  PCR auf *Tropheryma whipplei*  
zusätzlich:  panbakterielle PCR  andere: \_\_\_\_\_

**Probenmaterial**  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