

Anforderungsschein - Leishmanien Diagnostik

Universitätsklinikum Erlangen
 Mikrobiologisches Institut
 Klinische Mikrobiologie, Immunologie und Hygiene
 Direktor: Prof. Dr. med. C. Bogdan
 Wasserturmstr. 3/5, 91054 Erlangen



Bitte nicht ausfüllen
 Protokoll-Nr.: _____
 Eingangsdatum: _____
 Zeitpunkt: _____

Bitte vollständige Angaben!

Einsendende Institution (Stempel oder eintragen)

Einrichtung:
Adresse:
Tel:
Fax:
Email:
Behandelnder Arzt für Rückfragen:

Prot. Nr. früh. Unters.: _____

Zutreffendes bitte ankreuzen!

stationär
 ambulant
 allgemeine Pflegekasse
 privat / Wahlleistung Arzt

Patientendaten			
Nachname	Vorname	Geburtsdatum (tt/mm/jj) / /	Geschlecht M / W
Adresse (Strasse, Hausnr., PLZ, Ort)			Telefonnr.
Abnahmedatum (tt/mm/jj) / /	Patientenklassifikation <input type="checkbox"/> Immigrant / Flüchtling <input type="checkbox"/> Ausländischer Besucher <input type="checkbox"/> Einheimischer, lebt/arbeitet im Inland <input type="checkbox"/> Einheimischer, lebt/arbeitet im Ausland (Stadt) <input type="checkbox"/> Einheimischer, lebt/arbeitet im Ausland (Land)		
Herkunftsland			

Klinische Zeichen und Symptome																				
Systemische Beschwerden (Mehrfachnennungen möglich) <input type="checkbox"/> asymptomatisch <input type="checkbox"/> Fieber (>38,5°C) <input type="checkbox"/> Abgeschlagenheit <input type="checkbox"/> Lymphadenopathie <input type="checkbox"/> Hepatomegalie <input type="checkbox"/> Splenomegalie <input type="checkbox"/> Anämie <input type="checkbox"/> Leukopenie <input type="checkbox"/> Thrombopenie <input type="checkbox"/> Andere:	Lokalisation / Art <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> behaarter Kopf</td> <td><input type="checkbox"/> Re <input type="checkbox"/> Li Oberarm</td> <td><input type="checkbox"/> papulär, nodulär</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Gesicht</td> <td><input type="checkbox"/> Unterarm</td> <td><input type="checkbox"/> ulzerativ</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hals</td> <td><input type="checkbox"/> Hand</td> <td><input type="checkbox"/> plaqueförmig</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Brust</td> <td><input type="checkbox"/> Oberschenkel</td> <td><input type="checkbox"/> erythematös</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bauch</td> <td><input type="checkbox"/> Unterschenkel</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Rücken</td> <td><input type="checkbox"/> Fuß</td> <td></td> </tr> </table> Anzahl der Läsionen <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 - 5 <input type="checkbox"/> >5	<input type="checkbox"/> behaarter Kopf	<input type="checkbox"/> Re <input type="checkbox"/> Li Oberarm	<input type="checkbox"/> papulär, nodulär	<input type="checkbox"/> Gesicht	<input type="checkbox"/> Unterarm	<input type="checkbox"/> ulzerativ	<input type="checkbox"/> Hals	<input type="checkbox"/> Hand	<input type="checkbox"/> plaqueförmig	<input type="checkbox"/> Brust	<input type="checkbox"/> Oberschenkel	<input type="checkbox"/> erythematös	<input type="checkbox"/> Bauch	<input type="checkbox"/> Unterschenkel		<input type="checkbox"/> Rücken	<input type="checkbox"/> Fuß		Schleimhautsymptome / Art <input type="checkbox"/> Nase <input type="checkbox"/> Gaumen <input type="checkbox"/> Mundhöhle <input type="checkbox"/> Naso/Oropharynx <input type="checkbox"/> Larynx <input type="checkbox"/> Ulcus <input type="checkbox"/> nodulär, tumorartig <input type="checkbox"/> Perforation Erkrankungsbeginn (tt/mm/jj) / /
<input type="checkbox"/> behaarter Kopf	<input type="checkbox"/> Re <input type="checkbox"/> Li Oberarm	<input type="checkbox"/> papulär, nodulär																		
<input type="checkbox"/> Gesicht	<input type="checkbox"/> Unterarm	<input type="checkbox"/> ulzerativ																		
<input type="checkbox"/> Hals	<input type="checkbox"/> Hand	<input type="checkbox"/> plaqueförmig																		
<input type="checkbox"/> Brust	<input type="checkbox"/> Oberschenkel	<input type="checkbox"/> erythematös																		
<input type="checkbox"/> Bauch	<input type="checkbox"/> Unterschenkel																			
<input type="checkbox"/> Rücken	<input type="checkbox"/> Fuß																			

Auslandsanamnese		
Auslandsaufenthalte in den letzten zwei Jahren (wahrscheinliches Infektionsland mit * markieren)		
Land	Aufenthaltszeitraum (mm/jj - mm/jj)	Art der Reise (auf Land 1,2,3 oder 4 beziehen)
1 _____	_____	_____ Hotelreise
2 _____	_____	_____ Besuch Freunde/Verwandte
3 _____	_____	_____ Geschäftsreise
4 _____	_____	_____ Wissenschaft/Ausbildung
		_____ Missionar/Humanitäre Hilfe
		_____ Militärmission

Diagnoseanforderung		
Vermutete Leishmanioseform <input type="checkbox"/> Viszerale Leishmaniose <input type="checkbox"/> Viszerotrope Leishmaniose <input type="checkbox"/> Kutane Leishmaniose <input type="checkbox"/> Mukokutane Leishmaniose <input type="checkbox"/> Leishmaniasis recidivans <input type="checkbox"/> Post-kala-azar dermale Leishmaniose	Untersuchungsmaterial <input type="checkbox"/> Serum <input type="checkbox"/> Peripheres Blut (in EDTA) <input type="checkbox"/> Knochenmarkpunktat (in EDTA) <input type="checkbox"/> Biopsie (in steriler 0,9% NaCl-Lsg) <input type="checkbox"/> Haut <input type="checkbox"/> Schleimhaut <input type="checkbox"/> Milz <input type="checkbox"/> Leber <input type="checkbox"/> sonstiges: _____	Gewünschte Untersuchung <input type="checkbox"/> Mikroskopie <input type="checkbox"/> Immunhistologie <input type="checkbox"/> Kultur <input type="checkbox"/> PCR <input type="checkbox"/> Resistenzbestimmung <input type="checkbox"/> Speziesdifferenzierung (PCR, Sequenzierung, RFLP-Analyse) <input type="checkbox"/> Indirekter Immunfluoreszenztest (IIFT) <input type="checkbox"/> Immunoblot (IB)