

# Anforderungsschein - (1-3)- $\beta$ -D-Glucan Bestimmung

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



Universitätsklinikum  
 Erlangen



## Einsendende Institution (Stempel oder eintragen)

**Einrichtung:**  
**Adresse:**  
**Tel:**  
**Fax:**  
**Email:**  
**Tel. Ansprechpartner:**

**Zutreffendes bitte ankreuzen!**

stationär  
 ambulant  
 allgemeine Pflegekasse  
 privat / Wahlleistung Arzt

Information zu Probe und Versand		
Ihre Labor-Nr.	Abnahmedatum (tt/mm/jj) / /	Versanddatum (tt/mm/jj) / /
Transporttemperatur <input type="checkbox"/> 4°C <input type="checkbox"/> RT	Art des Materials <input type="checkbox"/> Serum <input type="checkbox"/> Liquor <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	

Patientendaten		
Nachname	Vorname	Patienten-Etikett
Geburtsdatum (tt/mm/jj) / /	Geschlecht M / W	

Klinische Angaben		
<b>Klinisches-radiologisches Krankheitsbild</b>		
<input type="checkbox"/> <u>V.a. invasive Candidose</u> <input type="checkbox"/> V.a. Candidämie <input type="checkbox"/> V.a. Organcandidose Lokalisation: _____ <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/> <u>V.a. invasive Aspergillose</u> <input type="checkbox"/> V.a. pulmonale Aspergillose <input type="checkbox"/> V.a. Organaspergillose Lokalisation: _____ <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____	<input type="checkbox"/> <u>V.a. Pneumocystis jirovecii Pneumonie (PCP)</u> <input type="checkbox"/> <u>V.a. sonstige Mykose:</u> _____
<b>Art der Immunsuppression</b>		
<input type="checkbox"/> KMT <input type="checkbox"/> Chemotherapie	<input type="checkbox"/> Organtransplantation <input type="checkbox"/> HIV	<input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ <input type="checkbox"/> Keine

Antimykotische Prophylaxe <input type="checkbox"/> bzw. Therapie <input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> Fluconazol <input type="checkbox"/> Voriconazol <input type="checkbox"/> Posaconazol	<input type="checkbox"/> Caspofungin <input type="checkbox"/> Anidulafungin <input type="checkbox"/> Micafungin	<input type="checkbox"/> Amphotericin B <input type="checkbox"/> Sonstiges _____