



Patientenetikett Geschlecht M W D

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Kostenträger: _____

Diagnostiksekretariat

Telefon: +49 221 478-85803
Telefax: +49 221 478-85804

Dienstarzt (tgl. 08.00 – 24.00)

Telefon: +49 173 516 17 90

Telefon/Kontakt d. Pat: _____

Anforderung zur Untersuchung auf SARS-CoV-2

Bitte legen Sie zusätzlich unsere regulären Anforderungskarte bei und kennzeichnen Sie die Proben mit den zugehörigen Barcode-Etiketten.

(Karte mit Patientenetikett bekleben; Barcode-Etiketten mit Name beschriften; Karten unter (0221) 478-85803 anforderbar)

Bitte versenden sie Proben und Anforderungskarten ohne direkten Kontakt zueinander (z.B. unter Verwendung von Einsendetüten mit getrennten Kompartimenten).

(Dies dient der Verhinderung einer Kontamination der Anforderungskarten)

! Bitte telefonische Ankündigung: +49 (221) 478-85803 oder Dienstarzt: +49 173 516 17 90

Der Verdacht auf Covid-19 muss dem Gesundheitsamt gemeldet werden.

Meldung an Gesundheitsamt _____ erfolgt.

Je nach klinischer Situation bitte Proben aus oberen und unteren Atemwegen gewinnen!

Obere Atemwege: Möglichst ein einzelnes Röhrchen mit gepooltem Nasen-/Rachen-Abstrich

Getrennte Abstriche von Nase und Rachen zusammen in ein einzelnes Röhrchen mit **flüssigem Virus-Transportmedium** (z.B. UTM-RT) geben. Tupfer verbleiben in Flüssigkeit. Notfalls Verwendung kleiner Menge NaCl. Keinesfalls zu verwenden ist festes Medium/Gel.

Entnommen: Abstrich (tiefe Nase) Abstrich (Rachen)

Untere Atemwege: BAL Trachealsekret (induziertes) Sputum

(bei V.a. Pneumonie/untere Atemwegsinfektion)

Sonstiges: 1x Serum (wenn möglich) _____

Abnahmedatum: _____

Angeforderte Untersuchungen

(zstzl. Untersuchungen nur bei klin. Symptomatik sinnvoll)

SARS-CoV-2-RNA-PCR

zstzl. Influenza-/RSV-Schnelltest

zstzl. respirator. Virus-Panel

(Influenza, Parainfluenza 1-4, RSV, Rhino-, Entero-Adenovirus, hMPV, Coronaviren HKU1/NL63/229E/OC)

Symptome (Beginn: _____)

- Respirator. Symptome
- Radiolog. Pneumonie
- Fieber
- Allgemeinsymptome

Reiseanamnese

- Risikogebiet lt. RKI
- Länder/Provinzen/Städte: _____

Kontakt

- zu bestätigt SARS-CoV-2-infizierter Person

_____ Rückkehr: _____

Einsender (ggf. Stempel)

Name: _____
Klinik/Praxis: _____
Station/Anschrift: _____

Tel: _____
Fax: _____
Datum: _____

Unterschrift

Versand

Nach **UN3373** (biolog. Probe, Kategorie B); Verpackungsanweisung **P650**
(dies entspricht den üblichen Versandbedingungen für potentiell infektiöses Material)