

UNTERSUCHUNGSauftrag

Molekularbiologische Infektionsdiagnostik
auf *Tropheryma whipplei*



Labor Berlin

Bitte weiterleiten 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

Labor Berlin Auftragsnummer

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

04/2023