



Eingang:	Ausgang:
Wird vom LGL ausgefüllt!	

Einsender (Adresse bzw. Stempel)

T

Rechnung an:
 Ohne Berechnung

Patientendaten:

Name: _____ Vorname: _____

Geb.-Datum: _____ männlich weiblich

Adresse:

Patienten-Code: _____

Frühere LGL-Nr.: _____

Datum Probennahme:

Untersuchungsmaterial:	Anforderung:
<input type="checkbox"/> Sputum	<input type="checkbox"/> Mikroskopie/Kultur
<input type="checkbox"/> BAL	<input type="checkbox"/> PCR Direktnachweis
<input type="checkbox"/> Bronchialsekret	Stammisolat:
<input type="checkbox"/> Urin	<input type="checkbox"/> Differenzierung
<input type="checkbox"/> Stuhl	<input type="checkbox"/> Resistenz
<input type="checkbox"/> sonstiges:	

Bitte bei Einsendung von Untersuchungsproben beachten:

- Alle Materialien sind unter möglichst sterilen Bedingungen zu gewinnen und in sterilen Gefäßen zu verschicken.
- Bitte beachten Sie folgende (Mindest-)Volumina:
2-5 ml bei Sputum, Bronchialsekret und Magensaft;
20-30 ml bei BAL und Magenspülwasser; **30 ml bei Urin**;
3-5 ml bei Liquor sowie 30-50 ml bei anderen Körperflüssigkeiten (z.B. Punktate).
Weitere Details entnehmen Sie bitte auf unserer Homepage (<https://www.lgl.bayern.de/>) dem Tuberkulose-Merkblatt Prä-analytik bzw. dem Leistungsverzeichnis.
- Bei noch nicht gesicherter Diagnose sind nach Möglichkeit drei Proben an drei unterschiedlichen Tagen zu entnehmen.
- Kontrolluntersuchungen sind abhängig von Art u. Dauer der Erkrankung bzw. Chemotherapiegabe. Im Allgemeinen sind Kontrollen im Abstand von 4 Wochen zweckmäßig.
Die Transportdauer soll so kurz wie möglich sein.

Interferon γ Release Assay (IGRA):

Datum Blutentnahme: _____ Uhrzeit: _____

Blut bebrütet Stunden: _____ Blut unbebrütet

Tuberkulintest: ja nein unbekannt

BCG-Impfung: ja nein unbekannt

Weitere Angaben:

Geburtsland: _____

Immunsuppression: ja nein unbekannt

wenn ja, Art: _____

Auslandsaufenthalt in den letzten 12 Monaten: ja

wenn ja, Land: _____ nein

Anlass der Untersuchung:

Umgebungsunters. Enge des Kontaktes: _____

V. a. TB-Erkrankung Sonstiges: _____

Sonstiges/Klinik: _____

Wird vom LGL ausgefüllt!

Sonstiger Resultatempfänger: _____

Versanddatum: _____ Einsendename: _____

Tel: _____ Unterschrift des Einsenders: _____