M I V I

Bitte Transport an **MIB-L01**

Universitätsklinikum Carl Gustav Carus an der TU Dresden
Institut für Medizinische Mikrobiologie und Virologie
Fetscherstraße 74 01307 Dresden
Kommissarischer Leiter:
Prof. Dr. med. T. Chavakis
Probenannahme Tel.: 0351/458-6576

Laboranforderungen

(bei Ausfall der elektr. Anforderungsmöglichkeit)

Hier **Patienten-Etikett** einkleben. Wenn nicht vorhanden, ausfüllen!

Hier bitte die linke obere Ecke des Patientenetikettes ansetzen!

Name

Vorname

Geb. Datum

Geschlecht ◯ männl. ◯ weibl.

Kostenträger

Angaben zum Auftrag

vom: Datum

Abnahmezeit: Zeit

Material:

Datum

Unterschrift anweisender Arzt

Hinweis: Diesen Anforderungsbeleg bitte nur nutzen, wenn keine elektronische Anforderung möglich ist **!**

☐ Parameter **Serologie**

☐ **mikrobiologischer Kulturansatz**

Erreger & Resistenz

Screening: ……..

Pilzdiagnostik

Mykobakterien

TPE-Diagnostik

Parasitologie

☐ Parameter **Molekularbiologie**

Bemerkungen: