

# Anforderungsschein für das Konsiliarlabor für Treponemen

# laborkrone

Siemensstraße 40 · 32105 Bad Salzuflen  
Telefon 05222 8076-0 · www.laborkrone.de

- männlich     weiblich  
 divers         unbestimmt  
 Fax               Telefon  
 Befundkopie an Patient  
 Nachanforderung

schwanger SSW/SST    **W** **W** **T**

Abnahmedatum      Abnahmezeit  
 | | | | | |              | | | | | |

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

## Anamnese

**Klinische Symptomatik seit:**

**Bekannte Syphilis-Vorerkrankung:**

**Potenzieller Risikokontakt am:**

## Einsenderinformationen

.....  
Name

.....  
Straße

.....  
PLZ, Ort

.....  
Telefon

## Klinik

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Erythem                      | <input type="checkbox"/> Neurologische Symptome  |
| <input type="checkbox"/> Ulcus durum                  | <input type="checkbox"/> Vaskuläre Schädigungen  |
| <input type="checkbox"/> regionale Lymphadenitis      | <input type="checkbox"/> Kardiologische Symptome |
| <input type="checkbox"/> generalisiertes Exanthem     | <input type="checkbox"/> Gummen                  |
| <input type="checkbox"/> generalisierte Lymphadenitis | <input type="checkbox"/> Andere:                 |
| <input type="checkbox"/> Plaques muqueuses            | .....  |
|   | .....  |

## Therapie

**Präparat:**

**Therapiebeginn:**

**Dosierung:**

**Therapieende:**

## Material

- |                                 |                                     |
|---------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Serum  | <input type="checkbox"/> Abstrich   |
| <input type="checkbox"/> Liquor | <input type="checkbox"/> Sonstiges: |
|                                 | .....                               |
|                                 | .....                               |

## Untersuchungsauftrag

- Vollständige Stufendiagnostik
- Vergleichende Blutanalyse bei Mutter und Kind zum Ausschluss einer konnatalen Syphilis
- Vergleichende Analyse von Serum und Liquor zum Ausschluss einer Neuroloues
- Treponema pallidum PCR

**Sonstige Angaben, Fragestellungen:**

.....

.....

.....

.....  
**Ort, Datum**

.....  
**Unterschrift**