

**PATIENTEN-ETIKETT mit BARCODE oder  
PATIENTENDATEN händisch ausfüllen:**

Name

Adresse

**SV-Nr. Geb. Datum:**

(unbedingt angeben)

Kostenträger:

o Selbstzahler

**Anweisender Arzt/befugte Person**

**Tel.:**

(Name in Blockbuchstaben)

Unterschrift:

**Anweisender Arzt:**

aus dem niedergelassenen Bereich

Stempel:

**Einsender** (Stempel):

**Quantiferon TB Gold plus:**

Blut (**Lithium Heparin** > 4 ml)  
(nicht zentrifugieren/nicht kühlen)

**Probeneingang:** MO - DO bis 14.00 Uhr  
(Freitag nach Vereinbarung)

**WICHTIG**

Probeneingang im Labor **muss am**  
**Abnahmetag** erfolgen!

**Entnahme Datum:**

**Entnahme Uhrzeit:**

**Indikation zur Untersuchung:**

- |   |                          |                            |
|---|--------------------------|----------------------------|
| Kontakt innerhalb der letzten 8 Wochen mit TBC?<br>Erstuntersuchung | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Kontakt mit TBC? Folgeuntersuchung* (> 8 Wo)                        | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| St. p. TBC im Jahr .....  | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Veränderungen im Thorax Röntgen?                                    | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Klinische Symptome einer TBC?                                       | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Bestehende Immunerkrankung?   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Bestehende immunschwächende Therapie?                               | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Immunschwächende Therapie geplant?                                  | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

\*) Bei TBC-Kontakt und initial neg. Quantiferontest (Erstuntersuchung) ist eine Kontrolle  
8 Wochen nach Kontakt erforderlich!

**PATIENTEN-ETIKETT mit BARCODE oder  
PATIENTENDATEN händisch ausfüllen:**

Name

Adresse

**SV-Nr. Geb. Datum:**

(unbedingt angeben)

Kostenträger:

o Selbstzahler

**Anweisender Arzt/befugte Person**

**Tel.:**

(Name in Blockbuchstaben)

Unterschrift:

**Anweisender Arzt:**

aus dem niedergelassenen Bereich

Stempel:

**Einsender** (Stempel):

**Quantiferon TB Gold plus:**

Blut (**Lithium Heparin** > 4 ml)  
(nicht zentrifugieren/nicht kühlen)

**Probeneingang:** MO - DO bis 14.00 Uhr  
(Freitag nach Vereinbarung)

**WICHTIG**

Probeneingang im Labor **muss am**  
**Abnahmetag** erfolgen!

**Entnahme Datum:**

**Entnahme Uhrzeit:**

**Indikation zur Untersuchung:**

- |   |                          |                            |
|---|--------------------------|----------------------------|
| Kontakt innerhalb der letzten 8 Wochen mit TBC?<br>Erstuntersuchung | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Kontakt mit TBC? Folgeuntersuchung* (> 8 Wo)                        | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| St. p. TBC im Jahr .....  | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Veränderungen im Thorax Röntgen?                                    | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Klinische Symptome einer TBC?                                       | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Bestehende Immunerkrankung?   | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Bestehende immunschwächende Therapie?                               | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| Immunschwächende Therapie geplant?                                  | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

\*) Bei TBC-Kontakt und initial neg. Quantiferontest (Erstuntersuchung) ist eine Kontrolle  
8 Wochen nach Kontakt erforderlich!