

BEGLEITSCH EIN

zur Untersuchung auf Quantiferon TB-Gold Plus

Einsender:

Eingangsdatum und Protokollnummer AGES:

Übersandtes Material:

Heparinblut QFT-Röhrchen

Entnahmedatum: _____

Patient/innen-Daten sind wichtig für die Interpretation der Ergebnisse!

Familien-/Nachname(n) und Vorname(n) des/r Patienten/in		Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w
SV-Nr./Krankenkasse (bei Verrechnung mit Krankenkasse bitte Überweisungsschein beilegen)		Schwangerschaft? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Beruf	Herkunftsland: Seit wann in Österreich?:		
Mit meiner Unterschrift stimme ich der Übermittlung des Prüfberichtes an die Spitalsambulanz zu.			

Anamnestiche Daten

Hauttest-Ergebnis (Mendel-Mantoux): positiv negativ nicht durchgeführt

TBC-Kontakt? Familie Schule Beruf nein
 Ausland andere

Akute Erkrankungen? _____

Chronische Erkrankungen?

Tuberkulose Organtransplantationen
 Hepatitis C HIV
 Hepatitis B Rheuma
 Asthma Autoimmunerkrankungen
 Allergien

Medikamente?

Chemotherapie Cortison/Immunsuppressiva
 Interferon Tuberkulostatika
 sonstige: _____

Datum, Stempel und Unterschrift anfordernde/r Arzt/Ärztin: _____

Angaben zur Präanalytik

Eingangsdatum: _____

Probe wurde inkubiert: ja nein

Name: _____ Paraphe: _____

Probe wurde zentrifugiert: ja nein