

**BEGLEITSCHIN**  
**für die Einsendung von Material/Isolat zur Gonokokken-Diagnostik**

Einsender (mikrobiolog. Labor)	Material eingesandt von: (Arzt, Station, Abteilung)
Einsender Prot.Nr.	Tel.Nr. Fax Nr.
	Die allgemeinen Geschäftsbedingungen der AGES i.d.g.F (abzurufen unter: www.ages.at) werden akzeptiert.
	Datum:                      Unterschrift:

**Patienten-Material:**

- |   |   |                                      |
|---|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Urethralabstrich | <input type="checkbox"/> Pharyngealabstrich | <input type="checkbox"/> Isolat aus: |
| <input type="checkbox"/> Vaginalabstrich  | <input type="checkbox"/> Harn               | Gezüchtet am:                        |
| <input type="checkbox"/> Rektalabstrich   | <input type="checkbox"/> Sonstiges          |                                      |
| <input type="checkbox"/> Zervikalabstrich |   |                                      |
- Entnommen am:                      **Hinweis:** Bitte mit dem Tupper ausreichende Materialmenge entnehmen und sofort bei Raumtemperatur versenden.

**Patientendaten:**

Familien-/Nachname(n):                      Vorname(n):

SV-Nummer und Geburtsdatum:                      Geschlecht:     männlich     weiblich

Adresse:

Herkunftsland/Geburtsland:

**Klinische Daten:**

- Erkrankungsbeginn:
- |   |  |                                       |  |                                    |
|---|--|---------------------------------------|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Urethritis     | <input type="checkbox"/> Kolpitis/Zervicitis     | <input type="checkbox"/> Epididymitis | <input type="checkbox"/> PID (Pelvic inflammatory disease) | <input type="checkbox"/> Proktitis |
| <input type="checkbox"/> asymptomatisch | <input type="checkbox"/> andere Manifestationen: |                                       |  |                                    |

**Epidemiologische Daten:**

- Frühere Gonokokkeninfektionen     ja     nein
- Vermutete Infektionsquelle:
- Koinfektion mit anderen STI:     HIV                       Syphilis                       Chlamydia trachomatis
- Sonstiges:
- Sexuelle Orientierung:     heterosexuell                       homosexuell                       unbekannt
- Sex Worker:                       ja     nein     unbekannt