

**Auftraggeber**  
(Stempel, Unterschrift)

**Patient**

Name:

Vorname:

geb. am:

Adresse:

Diagnostische Fragestellung:

Datum der Probenabnahme:

Wir bitten um Zusendung von 2ml Serum oder Vollblut!

<b>SYSTEMISCHE VASKULITIS</b>	
<input type="checkbox"/>	C-ANCA, P-ANCA, A-ANCA <sup>1</sup>
<input type="checkbox"/>	<b>PR3-AK</b> (Proteinase3-ANCA)
<input type="checkbox"/>	<b>MPO-AK</b> (Myeloperoxidase-ANCA)
Nur bei negativem PR3-/MPO-ANCA und positivem IFT zu bestimmen:	
<input type="checkbox"/>	HLE-AK
<input type="checkbox"/>	LF-AK
<input type="checkbox"/>	BPI-AK
<b>GOODPASTURE SYNDROM</b>	
<input type="checkbox"/>	GBM-AK
<b>RHEUMATIDE ARTHRITIS</b>	
<input type="checkbox"/>	Rheumafaktor (IgM)
<input type="checkbox"/>	CCP AK
<b>ANTI-PHOSPHOLIPID SYNDROM</b>	
<input type="checkbox"/>	Cardiolipin IgG AK
<input type="checkbox"/>	Cardiolipin IgM AK
<input type="checkbox"/>	Beta2-Glycoprotein IgG AK
<input type="checkbox"/>	Beta2-Glycoprotein IgM AK
<b>LEBERERKRANKUNGEN</b>	
<input type="checkbox"/>	AMA-M2 AK
<b>ALLERGIE ERKRANKUNGEN</b>	
<input type="checkbox"/>	ECP
<b>ZYTOKINE</b>	
<input type="checkbox"/>	IL-18 <sup>4</sup> <span style="float: right;"><sup>4</sup> Experimentelle Analytik</span>

<sup>1</sup> Bei der ANCA-Erstuntersuchung (Vaskulitisverdacht) muss ergänzend auch PR3- bzw. MPO-ANCA ELISA durchgeführt werden! Bitte entsprechend ankreuzen!

<sup>2</sup> Bei negativem Ergebnis im ANA IFT erübrigt sich die weitere Untersuchung auf ENA. Wenn anhand von klinischem Bild und / oder ANA-IFT Befund keine zielgerechte Diagnostik möglich ist, bitte je nach Verdachtsdiagnose die zu untersuchenden ENA auswählen

Die Liquidation für aufgeführten Leistungen erfolgt auf Grundlage der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Ich bin darüber aufgeklärt worden und verpflichte mich den Gesamtbetrag auszugleichen.

Datum:

Unterschrift Patient/in:

<b>KOLLAGENOSEN</b>	
<input type="checkbox"/>	ANA auf HEp2 Zellen <sup>2</sup> <span style="float: right;">AC-0 bis AC-29</span>
<input type="checkbox"/>	dsDNA AK auf Crithidia luciliae
<input type="checkbox"/>	ENA CTD screen <sup>3</sup>
<b>ENA-Differenzierung</b>	
Antikörper gegen:	<u>AC-Nomenklatur:</u>
<input type="checkbox"/>	dsDNA <span style="float: right;">AC-1</span>
<input type="checkbox"/>	Histon <span style="float: right;">AC-1</span>
<input type="checkbox"/>	Nukleosomen <span style="float: right;">AC-1</span>
<input type="checkbox"/>	DFS70 (LEDGF) <span style="float: right;">AC-2</span>
<input type="checkbox"/>	Centromer-B (CENP- B) <span style="float: right;">AC-3</span>
<input type="checkbox"/>	SS-A / Ro (60 kDa), SS-A / Ro (52 kDa) <span style="float: right;">AC-4 (60kDa)</span>
<input type="checkbox"/>	SS-B / La (48 kDa) <span style="float: right;">AC-4</span>
<input type="checkbox"/>	Mi-2 <span style="float: right;">AC-4</span>
<input type="checkbox"/>	U1RNP (RNP70, A, C) <span style="float: right;">AC-5</span>
<input type="checkbox"/>	SmD <span style="float: right;">AC-5</span>
<input type="checkbox"/>	RNA-Polymerase III (155 kDa) <span style="float: right;">AC-5</span>
<input type="checkbox"/>	Scl-70 (Topoisomerase-I) <span style="float: right;">AC-29</span>
<input type="checkbox"/>	PM-Scl 100 <span style="float: right;">AC-8</span>
<input type="checkbox"/>	Fibrillarin <span style="float: right;">AC-9</span>
<input type="checkbox"/>	Rib-P (P0, P1, P2) <span style="float: right;">AC-19</span>
<input type="checkbox"/>	Jo1 <span style="float: right;">AC-20</span>
<input type="checkbox"/>	Alpha-Fodrin IgG AK
<input type="checkbox"/>	Alpha-Fodrin IgA AK

<sup>3</sup> Der ENA CTD (Connective tissue diseases) screen beinhaltet folgende extrahierbare Antigene: U1RNP (RNP70, A, C), Sm-Proteine, SS-A / Ro (60 kDa, 52 kDa), SS-B / La, Centromer B, Scl-70, Jo-1, Fibrillarin, Rib-P (P2), PM-Scl 100, PCNA, Mi-2, RNA Polymerase III 155kDa, dsDNA

**Auftraggeber**  
(Stempel, Unterschrift)

**Patient**

Name:

Vorname:

geb. am:

Adresse:

**Immunologische Diagnostik:**

Bevorzugte Untersuchungstage bei FACS Anforderungen  
Dienstag, Mittwoch und Donnerstag  
Montag und Freitag: Wir bitten um telefonische Anmeldung!  
Tel. Nr. 04192 90 2291 / -2293

**LYMPHOZYTENPHÄNOTYPISIERUNG**

Wir bitten um Zusendung von 2ml EDTA Blut ungekühlt innerhalb 24h!

Gesamt T-Lymphozyten

T-Helfer Zellen

T-Suppressorzellen

T4 / T8 Ratio

Gesamt NK Zellen

Gesamt B-Lymphozyten

Aktivierte T-Lymphozyten

**SONSTIGES:**

Die Liquidation für aufgeführten Leistungen erfolgt auf Grundlage der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Ich bin darüber aufgeklärt worden und verpflichte mich den Gesamtbetrag auszugleichen.

Datum:

Unterschrift Patient/in:

**SYNOVIA-ANALYSE**

**Betroffenes Gelenk:**

Knie     Schulter     Hand     re

Hüfte     Sprunggelenk     anderes Gelenk     li

**Mikroskopische Synovia-Analyse**

Zellzahlbestimmung erfordert die Zusendung einer EDTA Monovette ungekühlt innerhalb 24h!

Aspekt:

gelb, fibrinös, klar, blutig, trüb, eitrig

Viskosität:

hoch (fadenziehend), vermindert

Kristallnachweis:

negativ

Na-Urat

Ca- Pyrophosphat

andere Kristalle

Zellzahl / Leukozyten

Zellzahl/ Erythrozyten

Maschinelle Zelldifferenzierung (%):

Granulozyten

Lymphozyten

Monozyten

Manuelle Zelldifferenzierung (%):

Polymorphkernige Granulozyten

Lymphozyten

Monozyten

Makrophagen

Synoviale Deckzellen

Sonstige