

Krankenkasse bzw. Kostenträger		MVZ Labor PD Dr. Volkmann und Kollegen GbR Kriegsstr. 99, 76133 Karlsruhe Telefon (07 21) 850000 Fax (07 21) 85000-199	
Name, Vorname des Versicherten			
geb. am		Probenentnahme Mann <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Datum: _____ Zeit: _____ Körpergröße: _____ [cm] Körpergewicht: _____ [kg] Urinvolumen: _____ [mL] Sammelperiode: _____ [Std]	Materialien <input type="checkbox"/> Vollblut <input style="font-size: small;" type="checkbox"/> CSF Liquor <input style="font-size: small;" type="checkbox"/> Bi Biopsie <input type="checkbox"/> Vollblut, zentr. <input style="font-size: small;" type="checkbox"/> Syn Synovia <input style="font-size: small;" type="checkbox"/> St Stuhl <input style="font-size: small;" type="checkbox"/> S Serum <input style="font-size: small;" type="checkbox"/> HB Hep.-Blut <input style="font-size: small;" type="checkbox"/> A Abstrich <input style="font-size: small;" type="checkbox"/> EB EDTA-Blut <input style="font-size: small;" type="checkbox"/> HP Hep.-Plasma <input style="font-size: small;" type="checkbox"/> HCY HCY-Z-Gel <input style="font-size: small;" type="checkbox"/> EP EDTA-Plasma <input style="font-size: small;" type="checkbox"/> U24 24h-S-Urin <input style="font-size: small;" type="checkbox"/> FB NaF-Blut <input style="font-size: small;" type="checkbox"/> CB Citrat-Blut <input style="font-size: small;" type="checkbox"/> U Urin <input style="font-size: small;" type="checkbox"/> HL Hämolysat <input style="font-size: small;" type="checkbox"/> CP Citrat-Plasma <input style="font-size: small;" type="checkbox"/> S+L Serum+Liquor <input style="font-size: small;" type="checkbox"/> SpU Sputum <input style="font-size: small;" type="checkbox"/> Ma Mat. angeben: _____ * 4 - 8 °C, ** -20 °C, *** lichtgeschützt
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status	
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	
<input type="checkbox"/> Privat amb.	<input type="checkbox"/> Kostenträger Krankenhaus	<input type="checkbox"/> Ambulante Patienten Überweisungsschein genügt	<input type="checkbox"/> Gutachten / Aktenzeichen <input type="checkbox"/> BG-Patient BG-Anschrift angeben

Klinische Fragestellung:	Dringend erforderlich: ==> Befundanschrift, Telefon- u. Faxnummer
Absender (Stempel)	

5 Neurologische Erkrankungen - Liquoranalysen

Liquoranalytik	Autoantikörper
Mat <input type="checkbox"/> Liquorstatus CSF <input type="checkbox"/> Eiweiß S+L <input type="checkbox"/> Liquor/Serum-IEF (OKB) mit Reiber-Schema CSF <input type="checkbox"/> Immunfixations-Elektrophorese Mat Proteine Liquor CSF <input type="checkbox"/> Albumin CSF <input type="checkbox"/> IgG CSF <input type="checkbox"/> IgA CSF <input type="checkbox"/> IgM Mat Analysen nur im Liquor CSF <input type="checkbox"/> Lactat Ma <input type="checkbox"/> Pyruvat CSF <input type="checkbox"/> Glukose CSF <input type="checkbox"/> Lysozym CSF <input type="checkbox"/> β-2-Mikroglobulin* CSF <input type="checkbox"/> Löslicher Interleukin-2-Rezeptor* CSF <input type="checkbox"/> Ferritin CSF <input type="checkbox"/> CEA CSF <input type="checkbox"/> NSE CSF <input type="checkbox"/> Thymidin-Kinase CSF <input type="checkbox"/> S-100-Protein** CSF <input type="checkbox"/> Angiotensin Conv.-Enzyme CSF <input type="checkbox"/> β-Amyloid (1-42) CSF <input type="checkbox"/> β-Amyloid Ratio (1-42)/(1/40) CSF <input type="checkbox"/> Tau-Protein CSF <input type="checkbox"/> Phospho-Tau-Protein CSF <input type="checkbox"/> 14-3-3 Protein Narkolepsie: CSF <input type="checkbox"/> Hypocretin (RIA)	Mat <input type="checkbox"/> Liquor/Serum-IEF (OKB) ohne Reiber-Schema Bitte angeben in mg/dl: Albumin (CSF): Albumin (VS): IgG (CSF): IgG (VS): Mat Proteine Serum S <input type="checkbox"/> Albumin S <input type="checkbox"/> IgG S <input type="checkbox"/> IgA S <input type="checkbox"/> IgM Gammopathiediagnostik: S <input type="checkbox"/> Immunfixations-Elektrophorese S <input type="checkbox"/> Freie Leichtketten (BJP) U <input type="checkbox"/> Freie Leichtketten (BJP) Mat Oto-/Rhino-Liquorrhoe Ma <input type="checkbox"/> β-2-Transferrin Mat SLE mit ZNS-Beteiligung Anti-Phospholipid-Syndrom S <input type="checkbox"/> Zellkerne (ANA) S <input type="checkbox"/> Doppelstrang-DNA S <input type="checkbox"/> Sm-Antigen S <input type="checkbox"/> β-2-Glykoprotein-IgG S <input type="checkbox"/> β-2-Glykoprotein-IgM S <input type="checkbox"/> Cardiolipin-IgG S <input type="checkbox"/> Cardiolipin-IgM S <input type="checkbox"/> Phospholipide-IgG S <input type="checkbox"/> Phospholipide-IgM
Mat Liquor CSF <input type="checkbox"/> Hu-D (Neuronenkerne) CSF <input type="checkbox"/> Ri (Neuronenkerne) CSF <input type="checkbox"/> Purkinje-Zellen / Yo CSF <input type="checkbox"/> Amphiphysin 1 CSF <input type="checkbox"/> Ma1 (Ma) CSF <input type="checkbox"/> Ma2 (Ta) CSF <input type="checkbox"/> ANNA, Typ 3 CSF <input type="checkbox"/> Zink-Finger-4-Protein CSF <input type="checkbox"/> Glutamat-Decarboxylase (GAD) CSF <input type="checkbox"/> CRMP5 CSF <input type="checkbox"/> Myelin assoziiertes Glykoprotein (MAG) CSF <input type="checkbox"/> Sulfatid-IgM CSF <input type="checkbox"/> NMDA-NR1-Rezeptoren CSF <input type="checkbox"/> Ganglioside CSF <input type="checkbox"/> GM1-IgG CSF <input type="checkbox"/> GM1-IgM CSF <input type="checkbox"/> GQ1b-IgG CSF <input type="checkbox"/> GQ1b-IgM CSF <input type="checkbox"/> Kaliumkanalkomplex CSF <input type="checkbox"/> Kaliumkanäle (Kv1.1/1.2/1.6) CSF <input type="checkbox"/> LGI-1 CSF <input type="checkbox"/> CASPR2 CSF <input type="checkbox"/> AMPA1-Rezeptoren CSF <input type="checkbox"/> AMPA2-Rezeptoren CSF <input type="checkbox"/> GABA-B1-Rezeptoren	Mat Serum S <input type="checkbox"/> Hu-D (Neuronenkerne) S <input type="checkbox"/> Ri (Neuronenkerne) S <input type="checkbox"/> Purkinje-Zellen / Yo S <input type="checkbox"/> Amphiphysin 1 S <input type="checkbox"/> Ma1 (Ma) S <input type="checkbox"/> Ma2 (Ta) S <input type="checkbox"/> ANNA, Typ 3 S <input type="checkbox"/> Zink-Finger-4-Protein S <input type="checkbox"/> Glutamat-Decarboxylase (GAD) S <input type="checkbox"/> CRMP5 S <input type="checkbox"/> SOX1 S <input type="checkbox"/> Myelin assoziiertes Glykoprotein (MAG) S <input type="checkbox"/> Sulfatid-IgM S <input type="checkbox"/> Aquaporin 4 S <input type="checkbox"/> NMDA-NR1-Rezeptoren S <input type="checkbox"/> Ganglioside IgG S <input type="checkbox"/> GM1-IgG S <input type="checkbox"/> GM1-IgM S <input type="checkbox"/> GQ1b-IgG S <input type="checkbox"/> GQ1b-IgM S <input type="checkbox"/> Kaliumkanalkomplex S <input type="checkbox"/> Kaliumkanäle (Kv1.1/1.2/1.6) S <input type="checkbox"/> LGI-1 S <input type="checkbox"/> CASPR2 S <input type="checkbox"/> AMPA1-Rezeptoren S <input type="checkbox"/> AMPA2-Rezeptoren S <input type="checkbox"/> GABA-B1-Rezeptoren Narkolepsie: S <input type="checkbox"/> TRIB2



0001 0279 12
Neurologische Erkrankungen - Seite 1

5 Neurologische Erkrankungen - Liquoranalysen

Infektionsdiagnostik Viren	Antikörper (S)			Antikörper (CSF)		PCR	
	IgG	IgM	IgA	IgG	IgM	Blut	CSF
Adeno	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Borna						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CMV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coxsackie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EBV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
EBV-EA	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			
EBV-NA 1	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			
ECHO/Picornia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FSME	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV 1/2	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			
HIV-1 (Westernblot)	<input type="checkbox"/>						
HIV-2 (Westernblot)	<input type="checkbox"/>						
HIV-1-RNA						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HIV-1-RNA (quant.)						<input type="checkbox"/>	
HIV-2-RNA						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HSV-1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HSV-2	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Influenza A	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Influenza B	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
JC-Virus						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LCM-Virus	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Masern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mumps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Parinfluenza 2/3	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Polio	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Röteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varizella zoster	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bei positivem Antikörpernachweis im Liquor wird bei vorliegenden IgG- und Albuminwerten in Serum und Liquor der jeweilige spezifische Antikörperindex (ASI) berechnet.

Infektionsdiagnostik Bakterien/Parasiten	Antikörper (S)			Antikörper (CSF)		PCR	
	IgG	IgM	IgA	IgG	IgM	Blut	CSF
Bakterien:							
Borrelia burgdorferi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Borrelia burgdorferi (WB)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Eubacteriaceae							<input type="checkbox"/>
Haemophilus infl.							<input type="checkbox"/>
-capsuliert							
-nicht capsuliert							<input type="checkbox"/>
Leptospiren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/>
Listerien	<input type="checkbox"/>						<input type="checkbox"/>
Meningokokken						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Streptococcus pneum.							<input type="checkbox"/>
Tropheryma whippelii						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lues:							
TPHA-Test	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			
FTA-abs-Test	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
VDRL-Test	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>			
T. pallidum (WB)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
T. pallidum-DNA						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mycobakterien:							
M. tuberculosis							<input type="checkbox"/>
atypische M. (MOTT)							<input type="checkbox"/>
Pilze:							
Aspergillus fumigatus						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aspergillus nidulans						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Candida albicans	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Candida glabrata						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Coccidioides immitis						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cryptococcus neof.						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fusarium oxysporum						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Histoplasma capsul.							<input type="checkbox"/>
Toxoplasma gondii	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Humangenetische Analysen bei neurologischen Erkrankungen (z. B. Chorea Huntington, Friedreich'sche Ataxie, Myotone Dystrophie, Dentatorubropallidolusian-Atrophie u.a.) siehe Anforderungsschein Nr. 4.



0001 0281 07

Neurologische Erkrankungen - Seite 2