

## LABOR TOXOPLASMOSE: Anforderungsbogen

UKKJ-FM

gültig ab: 01.09.2020

Version: 05

Seite 1 von 1

### ZUWEISER (Stempel, Telefonnummer):

#### Patientendaten:

Nachname: ..... Vorname: .....

Geburtsdatum: ...../...../.....  Weiblich  Männlich

Adresse: .....

Telefonnummer: .....

#### Bei Nabelschnurblut und Kindern:

bitte auch vollständigen Name der Mutter: .....

und Geburtsdatum der Mutter: ...../...../.....

Klinik / Fragestellung: .....

Abnahmedatum: .....

Bei Schwangerschaft / Geburt: EGT: ..... **Schwangerschaftswoche:** .....  
(genaue Angaben von Woche & Tag unbedingt erforderlich)

#### Untersuchung:

- Serologische Bestimmung Toxoplasma-Spezifischer Antikörper  
Blut:  Schwangere  Nabelschnurblut  Kind (1 ml)  Erwachsener
- PCR zum Nachweis von Toxoplasma *gondii* DNA  
 Fruchtwasser (10ml)  Liquor  Sonstiges: .....

Bisherige Serologie, PCR (Datum / Schwangerschaftswoche / Ergebnis): .....

Medikation (inkl. Dauer): .....

Ort / Datum: .....

Unterschrift (Zuweiser)