

## 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

m     w

SV-Nr./Krankenkasse (bei Verrechnung mit Krankenkasse bitte Überweisungsschein beilegen)

Schwangerschaft?

ja     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

Erstellt J. Ressler; fachlich geprüft A. Indra; QM-geprüft St. Baumgartner; freigegeben A. Indra; Vorlage: 666\_6