

Patient

Einsender

**Mikrobiologie**  
Prof. Dr. Dr. Ulf Göbel

**Dermatomykologie**  
Leitung: Prof. Dr. Yvonne Gräser

**VERSANDADRESSE**  
Campus Benjamin Franklin  
Hindenburgdamm 27  
12203 Berlin

**Kontakt**  
Tel. +49 (30) 45 05 24-066  
Fax +49 (30) 45 05 24-972  
www.laborberlin.com/mikrobiologie

## ANFORDERUNGSSCHEIN DERMATOMYKOLOGIE

(für Hinweise zur Diagnostik, Probenentnahme und Versand beachten Sie bitte auch den Flyer unter [www.laborberlin.com/mikrobiologie/diagnostik/dermatomykologie](http://www.laborberlin.com/mikrobiologie/diagnostik/dermatomykologie))

Datum: ..... Arzt: ..... Unterschrift: .....

Tel. für Rückfragen: ..... Fax. für Befundmitteilung:.....

### Kostenübernahme

Privatrechnung amb.  Privatrechnung stat.

### Klinische Angaben

Verdachtsdiagnose .....

Antimykotische Therapie  ja  nein Wenn ja, welche.....

Tierkontakt  ja  nein Wenn ja, welches.....

Auslandsaufenthalt  ja  nein Wenn ja, wo.....  
(in den letzten 3 Monaten)

### Untersuchungsmaterial

Material  Zehennagel  Fingernagel  ZZR  Haut  Haare

Lokalisation .....

Entnahmedatum .....

### Untersuchungsauftrag

Molekularbiologische Diagnostik von (abhängig vom Untersuchungsmaterial):

Trichophyton rubrum	Trichophyton verrucosum
Trichophyton interdigitale	Arthroderma benhamiae / Trichophyton concentricum / T. erinacei
Trichophyton tonsurans / T. equinum	Microsporum canis / M. ferrugineum / M. audouinii
Trichophyton violaceum	Epidermophyton floccosum

### Transport

Postversand ungekühlt

### Einwilligung

Die unterzeichnete Behandlungsvertrag liegt dieser Laboranforderung bei (verfügbar unter [www.laborberlin.com](http://www.laborberlin.com)).

*Hinweis: Ohne Behandlungsvertrag ist die Bearbeitung der Diagnostik nicht möglich*