

# UNTERSUCHUNGSauftrag

## Molekularbiologische Infektionsdiagnostik auf *Tropheryma whipplei*

### Bitte senden an:

Universitätsklinikum Leipzig  
Institut für Med. Mikrobiologie und Virologie  
Konsiliarlabor *Tropheryma whipplei*  
Prof. Dr. med. Annette Moter  
Liebigstr. 21, Haus C  
04103 Leipzig, Germany

### Servicetelefon und Befundabfrage

**Tel: +49 (0) 341 97 15200**

**Fax: +49 (0) 341 97 15209**

**konsiliarlabor-whipple@medizin.uni-leipzig.de**

### Einsender

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_ (für Befundmitteilung per Fax)

LaborBerlin Auftragsnummer

Patientenaufkleber

### Patientendaten

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Geschlecht ☐ m ☐ w ☐ d

☐ Patient\*in ist Selbstzahler\*in/Wahlleistung \_\_\_\_\_

**OP/Probennahme** Datum / Uhrzeit: \_\_\_\_\_

**Untersuchung auf** ☐ PCR auf *Tropheryma whipplei*

zusätzlich: ☐ panbakterielle PCR ☐ andere: \_\_\_\_\_

**Probenmaterial** ☐ Liquor

☐ Biopsien ☐ Duodenum ☐ Antrum ☐ Colon ☐ Morgenurin

☐ sonstiges: \_\_\_\_\_

### Grund für die PCR-Untersuchung auf *T. whipplei*

☐ bekannter Morbus Whipple Erstdiagnose: \_\_\_\_\_

☐ Therapiekontrolle Behandelt seit: \_\_\_\_\_

Vor Behandlung waren Patientenproben ☐ positiv: ☐ histologisch ☐ in der PCR

☐ negativ: ☐ histologisch ☐ in der PCR

☐ nicht bekannt

☐ Verdachtsfall; Klinik: \_\_\_\_\_

### Vorbehandlung

☐ Antibiotikatherapie \_\_\_\_\_ seit \_\_\_\_\_

☐ nicht bekannt ☐ keine ☐ Immunsuppression

Datum

Name Arzt\*Ärztin

Unterschrift