

Nationales Referenzzentrum für Hepatitis C-Viren

Institut für Virologie

Anforderungsschein Hepatitis C Virus Diagnostik

Patient (bitte Aufkleber verwenden) Name: Vorname: Geburtsdatum:	Einsender (bitte Aufkleber oder Stempel verwenden)
---	--

Direktor

Univ.-Prof. Dr. Jörg Timm
Telefon: (0211) 81-12225
Joerg.Timm@med.uni-
duesseldorf.de

Virologische Diagnostik:

Tel.: (0211) 81-12397

Hausanschrift:

Institut für Virologie
Universitätsklinikum Düsseldorf
Gebäude 22.21, Ebene 2
Universitätsstr. 1
40225 Düsseldorf

Webseite des Instituts:

www.uniklinik-
duesseldorf.de/virologie



Patient

PLZ Wohnort: _____

Zuständiges Gesundheitsamt: _____

IfSG-Meldung ist bereits erfolgt

Kostenträger: Kasse Privat BG Studie

Untersuchungsmaterial

Serum EDTA-Blut Sonstiges: _____

Entnahmedatum: _____

Anforderung

Serologie

HCV-Antikörper (EIA) HCV-Immunoblot

Virusnachweis

- HCV-RNA
 HCV-Genotypisierung*
 HCV-Resistenztestung*
 NS3-Region NS5A-Region NS5B-Region

Spezielle Diagnostik

- Verdacht auf nosokomiale Infektion (bitte Begleitschreiben beifügen)
 Unterscheidung Therapieversagen/Re-Infektion (bitte Begleitschreiben beifügen)
 Untersuchung einer möglichen Infektionskette (bitte Begleitschreiben beifügen)
 Sonstiges: _____

Anfordernde(r) Ärztin/Arzt

Telefon: _____ E-Mail: _____

* Sequenzierungen werden von einem externen Partnerlabor durchgeführt