

Name / Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Krankenkasse:

Patientenaufkleber

Klinik für Rheumatologie und Immunologie

Direktor: Prof. Dr. med. Torsten Witte

Carl-Neuberg-Str. 1  
30625 Hannover

Tel. (0511) 532 3632  
Fax (0511) 532 5648

Auftraggeber:

Diagnose:

ICD-10 Schlüssel:

**unbedingt erforderlich  
bei ambulanten Patienten**

### Proteinbestimmungen

<input type="checkbox"/>	IgA
<input type="checkbox"/>	IgG
<input type="checkbox"/>	IgM
<input type="checkbox"/>	IgD
<input type="checkbox"/>	IgE
<input type="checkbox"/>	CRP hochsensitiv
<input type="checkbox"/>	$\beta_2$ -Mikroglobulin
<input type="checkbox"/>	IgG-Subklassen 1-4

### Komplementanalyse

<input type="checkbox"/>	Gesamtaktivität (CH50)
<input type="checkbox"/>	C3
<input type="checkbox"/>	C4
<input type="checkbox"/>	C1 Inhibitor Konzentration
<input type="checkbox"/>	C1 Inhibitor Aktivität (Citrat-Blut schicken!)
<input type="checkbox"/>	AP 50

### Streptokokken-Antikörper

<input type="checkbox"/>	Antistreptokok. DNase B
<input type="checkbox"/>	Antistreptolysin

### Staphylokokken-Antikörper

<input type="checkbox"/>	Antistaphylolysin
--------------------------	-------------------

### Rheumafaktoren

<input type="checkbox"/>	RF-quantitativ
<input type="checkbox"/>	CCP

### Paraproteine

<input type="checkbox"/>	Immundefixation
<input type="checkbox"/>	Bence-Jones Protein (10ml eines 24h Sammelurins)
<input type="checkbox"/>	freie Leichtketten (Serum)
<input type="checkbox"/>	Kryoglobuline (bei 37° schicken)
<input type="checkbox"/>	Kryokrit (bei 37° schicken)

### Antinukleäre AK (ANA)

<input type="checkbox"/>	ind. Immunfluoreszenz auf Hep2-Zellen
--------------------------	--

bei einem ANA-Titer  $\geq 1:160$   
oder nach Rücksprache

### Anti-DNS-Antikörper

<input type="checkbox"/>	RIA
<input type="checkbox"/>	ELISA
<input type="checkbox"/>	Critithidia (ind. Fluoreszenz)

### Anti-ENA-Antikörper

<input type="checkbox"/>	U1-snRNP, RNP-Sm, Sm, SS-A/Ro, SS-B/La, Scl-70, CENP, Jo-1
<input type="checkbox"/>	Ro
<input type="checkbox"/>	La
<input type="checkbox"/>	Jo-1

<input type="checkbox"/>	Anti-Rib-P
--------------------------	------------

<input type="checkbox"/>	Anti-PM-Scl - 100
--------------------------	-------------------

<input type="checkbox"/>	Anti-Mi-2
--------------------------	-----------

<input type="checkbox"/>	Anti-RNA-Polymerase III
--------------------------	-------------------------

<input type="checkbox"/>	Anti-Fibrillarin
--------------------------	------------------

<input type="checkbox"/>	Anti-Myositis Panel (Jo-1, SRP, Ku, PL7, PL12, PmScl 100)
--------------------------	---

<input type="checkbox"/>	$\alpha$ -Fodrin-Antikörper
--------------------------	-----------------------------

<input type="checkbox"/>	Anti-IgA-Antikörper
--------------------------	---------------------

### Anti-Phospholipid-Antikörper

<input type="checkbox"/>	Anti-Cardiolipin IgG / IgM
<input type="checkbox"/>	$\beta_2$ -Glykoprotein IgG / IgM

### Antizytoplasmatische AK

<input type="checkbox"/>	c-ANCA / p-ANCA
ELISA auf Pr3/MPO erfolgt bei positiver Immunfluoreszenz	
<input type="checkbox"/>	Anti-GBM

<input type="checkbox"/>	Serum
<input type="checkbox"/>	Punktat
<input type="checkbox"/>	Urin
<input type="checkbox"/>	.....

### Organantikörper

<input type="checkbox"/>	AMA (Anti-Mitochondriale AK)	<input type="checkbox"/>	Herzmuskel
<input type="checkbox"/>	Magen-Parietalzellen	<input type="checkbox"/>	Parotis
<input type="checkbox"/>	Magen, glatte Muskulatur	<input type="checkbox"/>	Nebenniere
<input type="checkbox"/>	quergestreifte Muskulatur		

<input type="checkbox"/>	Zellulärer Immunstatus I Phänotypisierung, Lymphozyten-Proliferation, NK- Zytotoxizität	diese Untersuchungen erfolgen jeweils nur nach telefonischer Absprache unter  Telefon: 0511 - 532 3630
<input type="checkbox"/>	Zellulärer Immunstatus II Phänotypisierung, Lymphozytenaktivierung (Bestimmung der Zytokinproduktion nach CD3-Stimulation)	
<input type="checkbox"/>	Granulozytenfunktionen Phagozytose, Respiratory Burst, Phänotypisierung	

### HIV-Diagnostik

<input type="checkbox"/>	Helferzellen (CD4/CD8 Ratio)	EDTA Blut
<input type="checkbox"/>	Helferzellen (CD4/CD8 Ratio) + HLA-DR	
<input type="checkbox"/>	Viruslast	
<input type="checkbox"/>	Resistenz	

Bitte kreuzen Sie die gewünschten Untersuchungen an.

Informationen zu den einzelnen Analysen erhalten Sie  
telefonisch unter: 0511 532 3632

Diese Formular finden Sie auch auf unserer Homepage:  
<https://www.mhh.de/kliniken-und-spezialzentren/kir>

Anmerkungen:

Auftrag\_kir\_29062020

MHK6830/297-08/09L

Datum des Auftrags:

Unterschrift des Auftraggebers: