

TOXOLABNET-D

Absender:

Wichtig: Tel.-Nr. des Absenders:

TOXOPLASMA – IgM oder IgA - POSITIVES SERUM

Bitte ankreuzen, falls Folgeserum

An:

Institut für Medizinische Mikrobiologie
Nationales Konsiliarlabor für Toxoplasmose
Universitätsmedizin Göttingen
Kreuzberggring 57
37075 Goettingen

Tel: 0551-39 5801/ 5806
Fax: 0551-39 5861
Email: ugross@gwdg.de

1. **Daten der Serumprobe:**

Vom teilnehmenden Labor vergebene Labor-Nummer: _____
Abnahmedatum (dd/mm/yyyy): ____/____/____

IgM-positiv: Ihr quantitatives Ergebnis / (cut-off): _____ / (_____)

IgA-positiv: Ihr quantitatives Ergebnis / (cut-off): _____ / (_____)

IgG-positiv: Ihr quantitatives Ergebnis / (cut-off): _____ / (_____)

Nach Ihrer **Einschätzung**: Wann hat die Infektion stattgefunden? _____

2. **Daten des Patienten (Kodierung)**

Vorname (2. Buchstabe), Nachname (3. Buchstabe), Geburtsjahr (letzte 2 Ziffern),
Geschlecht (W/M): (z. B. WO60M) _____

Wohnort (erste 3 Ziffern der Postleitzahl) _____

stationär ambulant

3. **Klinische Diagnose / Verdachtsdiagnose (mehrere Angaben sind möglich):**

Ohne Symptome (**O**)

Kopfschmerzen (**K**)

Lymphadenitis (**L**)

Augenläsionen (**A**)

Alte Narben (wo? _____)

Frische Läsion (wo? _____)

Schwangerschaft (**S**) (Schwangerschaftswoche: __)

Neuborenes (**N**) (Lebenswoche: __)

Transplantatempfänger (**T**)

Anderer Grund für eine starke Immunsuppression (**I**)

Andere (Bitte angeben: _____)

Nur wenn die Patientin/der Patient einwilligt, dass sie/er durch einen Mitarbeiter des *TOXOPLASMA CONSORTIUMS* kontaktiert werden darf, um Fragen zur Anamnese zu stellen bzw. weitere Daten zu erheben (schriftliche Zustimmung erforderlich) -> Bitte folgende Angaben machen:

Patientenname, Tel. oder/und Email-Anschrift:
