

<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr <div style="text-align: right; margin-top: 5px;"> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> <small>Tag Monat Jahr</small> </div> <p style="margin-top: 10px;"> Familienname(n) Vorname(n) </p>					Krankenkasse: Datum: <hr/> Stempel und Unterschrift des zuweisenden Arztes <hr/> Stempel und Unterschrift des Pilzambulatoriums
Anschrift					
Versicherte(r) <small>(Nur auszufüllen, wenn Patient(in) Angehörige(r) ist)</small> <div style="text-align: right; margin-top: 5px;"> <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table> <small>Tag Monat Jahr</small> </div>					

Gewünschte Untersuchung

Zuweisungsdiagnose:	Gewünschte Untersuchung:
Lokalisation:	

<p>SEKRET</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> kompletter Sekretstatus <input type="checkbox"/> Gramfärbung <input type="checkbox"/> <i>Neisseria gonorrhoeae</i> (PCR und Kultur+Empf.) <input type="checkbox"/> <i>Chlamydia trachomatis</i> (PCR) <input type="checkbox"/> <i>Mycoplasma genitalium</i> (PCR) <input type="checkbox"/> <i>Trichomonas vaginalis</i> (PCR) <input type="checkbox"/> Bakterienkulturen aerob/anaerob+Empf. <input type="checkbox"/> Mykoplasmenkultur (<i>M. hominis</i>, <i>U. urealyticum</i>) <input type="checkbox"/> Pilznachweis nativ und Kultur <input type="radio"/> β-hämolyisierende Streptokokken B <input type="radio"/> β-hämolyisierende Streptokokken B + Resistenzen <p>HARN</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> komplett <input type="checkbox"/> Bakterienkulturen aerob/anaerob mit Antibiogramm <input type="checkbox"/> Mykoplasmenkultur (<i>M. hominis</i>, <i>U. Urealyticum</i>) <input type="checkbox"/> Pilzkultur <input type="checkbox"/> PCR auf <i>C. trachomatis</i>, <i>N. gonorrhoeae</i>, <i>M. genitalium</i>, <i>T. vaginalis</i> <p>STUHL</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> komplett <input type="checkbox"/> Pilze <input type="checkbox"/> Protozoen <input type="checkbox"/> Wurmeier <input type="checkbox"/> pathogene Bakterien aerob/anaerob mit Antibiogramm <input type="checkbox"/> obligate Darmflora (quantitative Auswertung) <input type="radio"/> Adenoviren*, Rotaviren*, Noroviren* <input type="radio"/> Helicobacter pylori* <input type="radio"/> Calprotectin* <p>BLUT</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Syphilisserologie (VDRL, TPHA, IgM-Elisa) <input type="checkbox"/> HIV-Serologie (HIV-1, HIV-2, HIV-1 p24 Antigen) <input type="checkbox"/> Chlamydienserologie <input type="checkbox"/> Herpessierologie <input type="checkbox"/> Candidaserologie <input type="checkbox"/> Hepatitis B Serologie* <input type="checkbox"/> Hepatitis C Serologie* 	<p>ULCUSPROGRAMM</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> komplett (Dunkelfelduntersuchung, Giemsa-Färbung, Gramfärbung; PCR auf <i>Treponema pallidum</i>, HSV-1 und HSV-2, <i>Chlamydia trachomatis</i>, LGV Serovare, <i>Haemophilus ducreyi</i>, <i>Zytomegalie-Virus</i>; Pilz- und Bakterienkulturen aerob/anaerob mit Antibiogramm; Syphilisserologie, Herpessierologie) <p>HPV-NACHWEIS</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> HPV Amplifizierung (low-, intermediate- und high risk) <p>HERPES-SIMPLEX-VIRUS UNTERSUCHUNG</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> HSV 1 und 2 DNA-Nachweis (PCR) <input type="checkbox"/> HSV 1 und 2 Antikörpennachweis (Herpessierologie) <p>BAKTERIENUNTERSUCHUNG</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Bakterienkultur aerob mit Antibiogramm <input type="checkbox"/> Bakterienkultur anaerob mit Antibiogramm <p>PILZUNTERSUCHUNG</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Pilzbefund und -kultur <input type="checkbox"/> Pilz-PCR* von Haut, Haaren, Nägeln <p>SYPHILIS-DIAGNOSTIK</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> <i>Treponema pallidum</i> PCR* <input type="checkbox"/> Syphilisserologie (VDRL, TPHA, IgM-Elisa) <input type="checkbox"/> Dunkelfelduntersuchung <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Treponema pallidum PCR* <input type="radio"/> Varicella Zoster Virus PCR* <input type="radio"/> Zytomegalie-Virus PCR* <input type="radio"/> Lymphogranuloma venereum PCR* (<i>Chlamydia trachomatis</i> Serovare L1-L3) <input type="radio"/> Haemophilus ducreyi PCR* <input type="radio"/> Scabies-Nachweis* <input type="radio"/> Demodex-Nachweis* <p style="font-size: small; margin-top: 5px;">* ausschließlich Privatleistung</p>
---	--

Pilzambulatorium Schlösselgasse
 Schlösselgasse 19
 1080 Wien
 01-408 08 81
 Mo-Fr 9-12, zusätzlich Di u. Do 15-19

Pilzambulatorium Hietzing
 Lainzer Straße 58
 1130 Wien
 01-877 00 57
 Mo, Mi 15-19, Di, Do 9-12, Fr 12-16

Pilzambulatorium Floridsdorf
 Franz Jonas-Platz 8/2/3
 1210 Wien
 01-270 76 60
 Mo, Mi 15-19, Di u. Do u. Fr 9-12