

Krankenkasse bzw. Kostenträger		MVZ Labor Prof. Seelig GbR		
Name, Vorname des Versicherten		Kriegsstr. 99, 76133 Karlsruhe Postfach 56 09, 76038 Karlsruhe Telefon (07 21) 8 50 00 - 0 Fax (07 21) 85 00 01 99		
geb. am		Probenentnahme Mann <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/>		Materialien * 4 - 8 °C, ** -20 °C, *** lichtgeschützt
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Datum:	Zeit:	<input type="checkbox"/> S Serum <input type="checkbox"/> V Vollblut <input type="checkbox"/> V Vollblut, zentr.
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Körpergröße:	Urinvolumen:	<input type="checkbox"/> Ma Material angeben:
Status	Datum	Körpergewicht:	Sammelperiode:	

- Privat amb. Kostenträger Krankenhaus Ambulante Patienten Überweisungsschein genügt Gutachten / Aktenzeichen BG-Patient BG-Anschrift angeben
 Privat stat.

Klinische Fragestellung:

Dringend erforderlich: =>
Befundanschrift und
Rechnungsanschrift

Absender (Stempel)

7 Allergenspezifische IgG (Exogen Allergische Alveolitis)

Mat Aspergilli VS <input type="checkbox"/> Aspergilli VS <input type="checkbox"/> Aspergillus clavatus VS <input type="checkbox"/> Aspergillus effusus VS <input type="checkbox"/> Aspergillus flavus VS <input type="checkbox"/> Aspergillus fumigatus VS <input type="checkbox"/> Aspergillus nidulans VS <input type="checkbox"/> Aspergillus niger VS <input type="checkbox"/> Aspergillus repens VS <input type="checkbox"/> Aspergillus terreus VS <input type="checkbox"/> Aspergillus versicolor	Mat Hefen VS <input type="checkbox"/> Candida albicans Mat Bakterien VS <input type="checkbox"/> Bacillus subtilis VS <input type="checkbox"/> Micropolyspora faeni VS <input type="checkbox"/> Thermoactinomyces vulg. VS <input type="checkbox"/> Thermoactinomyces cand. VS <input type="checkbox"/> Thermopolyspora Mat Vogelallergene VS <input type="checkbox"/> Entenfedern VS <input type="checkbox"/> Finkenfedern VS <input type="checkbox"/> Gänsefedern VS <input type="checkbox"/> Hühnerfedern VS <input type="checkbox"/> Hühnerkot VS <input type="checkbox"/> Hühnerserum VS <input type="checkbox"/> Kanarienvogelfedern VS <input type="checkbox"/> Kanarienvogelserum VS <input type="checkbox"/> Nymphensittichfedern VS <input type="checkbox"/> Nymphensittichkot VS <input type="checkbox"/> Papageienfedern VS <input type="checkbox"/> Papageienserum VS <input type="checkbox"/> Taubenfedern VS <input type="checkbox"/> Taubenkot VS <input type="checkbox"/> Taubenserum VS <input type="checkbox"/> Wellensittichfedern VS <input type="checkbox"/> Wellensittichkot VS <input type="checkbox"/> Wellensittichserum	Mat Hyposensibilisierung Insektengift VS <input type="checkbox"/> Bienengift (IgG) VS <input type="checkbox"/> Wespengift (IgG) Pollen VS <input type="checkbox"/> Birke (IgG) VS <input type="checkbox"/> Beifuß (IgG) VS <input type="checkbox"/> Lieschgras (IgG) Milben VS <input type="checkbox"/> Dermatophag. pter. (IgG) VS <input type="checkbox"/> Dermatophag. far. (IgG) Mat Isocyanate VS <input type="checkbox"/> Isocyanat HDI VS <input type="checkbox"/> Isocyanat MDI VS <input type="checkbox"/> Isocyanat TDI	Mat Nahrungsmittel IgG/IgA VS <input type="checkbox"/> Eiklar (IgG) VS <input type="checkbox"/> Kasein (IgG) VS <input type="checkbox"/> Kasein (IgA) VS <input type="checkbox"/> α-Lactalbumin (IgG) VS <input type="checkbox"/> α-Lactalbumin (IgA) VS <input type="checkbox"/> β-Lactoglobulin (IgG) VS <input type="checkbox"/> β-Lactoglobulin (IgA) Mat Zöliakie/Sprue VS <input type="checkbox"/> Transglutaminase (IgA) VS <input type="checkbox"/> Gliadin (Gluten) (IgA/IgG) VS <input type="checkbox"/> Deamidierte Gliadin Peptide (IgA/IgG) Bei IgA-Mangel: VS <input type="checkbox"/> Transglutaminase (IgG) Mat Profile VS <input type="checkbox"/> Farmerlunge VS <input type="checkbox"/> Vogelhalterlunge
---	---	--	--



0001 0372 01

Allergenspezifische IgG (Exogen Allergische Alveolitis)

Bitte deutlich mit Kugelschreiber markieren

weitere Informationen: <http://www.laborseelig.de>