



<p>PatientIn</p> <p>..... Nachname Vorname</p> <p><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W Vers.-Nr: Geb.-Datum</p> <p>Mitversichert bei</p> <p>..... Nachname Vorname</p> <p><input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> W Vers.-Nr: Geb.-Datum</p> <p>Wohnadresse</p> <p>..... Straße</p> <p>..... PLZ Ort</p> <p>..... Beschäftigt bei</p>	<p>Eingelangt am: Serum ID #</p> <hr/> <p>Einsender</p> <p style="text-align: center;">Datum / Unterschrift</p> <hr/> <p>Verdachtsdiagnose (bitte immer angeben!)</p> <p>Post-CoVID oder Long-CoVID</p> <p>Reaktion auf Impfung gegen SARS-CoV2</p>
---	---

Labortests für Long-CoVID und Langzeitreaktionen nach Impfung gegen SARS-CoV2

Hämostaseologie	Klassische Autoimmunologie	Inflammation
<input type="checkbox"/> Autoantikörper gegen Thrombozyten <input type="checkbox"/> AAK gegen Plättchenfaktor 4 (PF4) * <input type="checkbox"/> Löslicher Plättchenfaktor 4 * <input type="checkbox"/> Anti-Phospholipid AAK (APLA)	<input type="checkbox"/> Antinukleäre Autoantikörper (ANA) <input type="checkbox"/> Anti-Phospholipid AAK (APLA) <input type="checkbox"/> Anti-Neutrophilen Cytoplasm. AAK (ANCA) <input type="checkbox"/> AAK gegen Schilddrüsenantigene <input type="checkbox"/> Organ-spezifische Autoantikörper <input type="checkbox"/> Symptome <input type="checkbox"/> Autoantikörper	<input type="checkbox"/> C-reaktives Protein (hoch-sensitiv) <input type="checkbox"/> Zirkulierende Immunkomplexe <input type="checkbox"/> Komplementfaktoren 3 und 4 <input type="checkbox"/> Komplementaktivität <input type="checkbox"/> IgA, IgG, IgG1-4, IgM <input type="checkbox"/> Prokollagen Typ III Zytokine <input type="checkbox"/> Tumor Nekrose Faktor alpha * <input type="checkbox"/> Interleukin-4 * <input type="checkbox"/> Interleukin-6 * <input type="checkbox"/> Interleukin-8 * <input type="checkbox"/> Neopterin
Neuroimmunologie	<p>Vergangene CoVID</p> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, wann <p>CoVID Impfung</p> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> 1. Teil , wann <input type="checkbox"/> 2. Teil , wann <input type="checkbox"/> 3. Teil , wann	<p style="text-align: center; background-color: black; color: white; font-weight: bold;">Endokrinologie</p> <input type="checkbox"/> Adrenal-corticale Hormonachse <input type="checkbox"/> Gonadale Hormonachse
<input type="checkbox"/> AAK gegen motorische Endplatten <input type="checkbox"/> AAK gegen quergestreifte Muskulatur <input type="checkbox"/> Autoantikörper gegen Herzmuskulatur <input type="checkbox"/> Autoantikörper gegen Plexus myentericus und glatte Muskelzellen der Darmwand <input type="checkbox"/> Autoantikörper gegen adrenerge (B1/2), muskarinerge (M3/4) und AT1 Rezeptoren *		<p style="text-align: center; background-color: black; color: white; font-weight: bold;">Diagnostische Dateninterpretation</p> <input type="checkbox"/> Patient*Innen Beratung *
<p>* Bitte erkundigen Sie sich bei unseren MitarbeiterInnen vor der Probenabnahme über die aktuellen Preise dieser Labortests.</p>		