



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

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 (CH50) <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 <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 *	Vergangene CoVID <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, wann	Endokrinologie <input type="checkbox"/> Adrenal-corticale Hormonachse <input type="checkbox"/> Gonadale Hormonachse <input type="checkbox"/> Thyroideale Hormonachse
Typ I Allergie <input type="checkbox"/> IgE Gesamt	CoVID Impfung <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> 1. Teil , wann <input type="checkbox"/> 2. Teil , wann <input type="checkbox"/> 3. Teil , wann	Diagnostische Dateninterpretation <input type="checkbox"/> Patient*Innen Beratung *
* Bitte erkundigen Sie sich bei unseren MitarbeiterInnen vor der Probenabnahme über die aktuellen Preise dieser Labortests.		