Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Status

Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum

♀☐ ♂☐

Einsender:

UNIVERSITÄTSKLINIKUM Schleswig-Holstein · Campus Kiel
Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie
Direktor: Prof. Dr. Stephan Weidinger
Mykologisches Labor
Schwanenweg 20, Haus U27, 24105 Kiel
Lieferanschrift: Schwanenweg 20, Haus U26, 24105 Kiel
– Labore 2. Obergeschoß, Raum Nr. 46 –
Befundauskunft: ☎ (0431) 500 - 21362

Mykologie-Nr.:

Datum der Entnahme: _____

Antrag auf Mykologische Diagnostik

Nexus Barcode

☐ Zusätzlich PCR-Screen für die häufigsten Dermatomykose-Erreger

Anamnese:

☐ Vorbefund (letzte Nr.):_____

☐ Vorbehandlung:_____

☐ Tierkontakt:_____

Klinische Diagnose:

☐ Ausschluss Mykose ☐ Tinea superficialis ☐ Trichophytie ☐ Candidose ☐ Pityriasis versicolor

☐ Onychomykose ☐ Tinea profunda ☐ _____

Untersuchungsmaterial:

☐ Schuppen ☐ Nagelspäne ☐ Haare ☐ _____

☐ Abstrich/Abklatsch ☐ Stuhlprobe

Entnahmestelle: ☐ rechts ☐ links

☐ ZZR _____	☐ Stamm _____	☐ inguinal	☐ Zunge
☐ Fuß _____	☐ Arm _____	☐ submammär	☐ Mundhöhle
☐ Zehen _____	☐ Bein _____	☐ axillär	☐ Mundwinkel
☐ Hand _____	☐ Gesicht/Bart _____	☐ genital	
☐ Finger _____	☐ Capillitium _____	☐ Sonstige _____	