**Wichtige Informationen zur Meningokokkenserologie**

Sehr geehrte Einsender,

ohne Impfung und vorliegenden Immundefekt ist die Untersuchung auf Meningokokkenantikörper nicht sinnvoll. Aus diesem Grund wird die serologische Untersuchung bei fehlenden **Angaben zur Impfung** nicht durchgeführt.

Die Überprüfung des Impftiters gegen Meningokokken der **Serogruppe A** wird mittlerweile am NRZMHi nur noch auf spezielle Anfrage durchgeführt, da Meningokokken A-Infektionen in Deutschland keine Rolle spielen und in Afrika durch Impfkampagnen zurückgedrängt werden konnten.

Bei **Patienten unter Eculizumab-Therapie** kann wegen Wechselwirkungen des Antikörpers mit dem im Test verwendeten humanen Komplement derzeit keine Impftiterbestimmung nach Impfung mit proteinbasierten Serogruppe B-Impfstoffen durchgeführt werden.

**Antimikrobielle Substanzen** stören die Untersuchung. Deshalb sollte das Serum mindestens 10 Tage nach der letzten Antibiotikagabe abgenommen werden. Gegen ‑Laktam-Antibiotika kann eine -Laktamase im Test eingesetzt werden.

Da es sich um eine kostenpflichtige Untersuchung handelt, ist die Angabe der **Rechnungsadresse** notwendig.

Bitte beachten Sie außerdem, dass das Institut keine KV-Zulassung besitzt und daher eine **Privatrechnung** ausgestellt wird.

Zu erwartende **Kosten**:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 1 Serogruppe | 2 Serogruppen | 3 Serogruppen | 4 Serogruppen | 5 Serogruppen |
| Selbstzahler, 1-facher Satz GOÄ | 68,19 € | 97,92 € | 127,65 € | 157,38 € | 187,11 € |
| Privatpatienten, 1,15-facher Satz GOÄ | 78,43 € | 112,62 € | 146,81 € | 181,00 € | 215,19 € |

Diese Untersuchung nimmt je nach Untersuchungsumfang (Anzahl der Serogruppen) eine **Bearbeitungszeit** von bis zu 5 Wochen in Anspruch.

gez. PD Dr. H. Claus

Institut für Hygiene und Mikrobiologie

Laborr Laborbereich NRZMHi

**Einsender / Stempel**

Universität Würzburg Josef-Schneider-Straße 2 / E1

**D-97080 Würzburg**

Telefon (0931) 31-46006 · Telefax (0931) 31-87281

nrzm@hygiene.uni-wuerzburg.de

***Von IHM auszufüllen:***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| SWISSLab Nr.: |  | |
| SBA Nr.: |  | |
| Eingangsdatum: |  |  |

**Begleitschein für *Meningokokkenserologie* nach Impfung von Risikopatienten**

**Die Untersuchung wird NUR bei Vorliegen eines vollständig ausgefüllten Begleitscheins durchgeführt.**

**(Bitte beachten: Das Institut hat keine kassenärztliche Zulassung!)\***

**Allgemeine Daten:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Datum Materialentnahme** | |  | | | | | | | | | | | | |
| **Ihre Einsendung** | | Serum | | | | | | andere: | | | | | | |
| **Ihre Labornummer** | |  | | | | | | | | | | | | |
| **Handelt es sich um Präimmunserum?** | | ja | | | | | | nein | | | | | | |
| **Indikation: *Meningokokkenimpfung und Immundefekt*** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Impfstoff** | | Menveo® | | | Nimenrix® | | | | MenQuadfi® | | | | Bexsero® | | |
| NeisVac-C® | | | Menjugate® Kit | | | | Trumenba® | | | | anderer: | | |
| **Impfdatum** | |  | | | | | | | | | | | | | |
| **Untersuchungsauftrag**  **(Serogruppe gemäß Impfung)** | | B | | C | | | W | | | | Y | | | A **NUR auf spezielle Anfrage** | |
| **Art des Immundefekts** | Asplenie | | | | | Komplementdefekt | | | | | | anderer: | | |
| Therapie mit Eculizumab | | | | | Unter Eculizumab-Therapie ist **keine** Titerbestimmung für **Serogruppe B** möglich. | | | | | | | | |
| **Wurden in den letzten 4 Wochen Antibiotika verabreicht?** | nein | | ja. Welche(s)? | | | | | | | Datum der letzten Gabe: | | | | |

**Patientendaten:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Vor- und Nachname** |  | | | | | | |
| **Geburtsdatum** |  | | | | | | |
| **Geschlecht** | männlich | | | | | | weiblich |
| **Wohnort PLZ / Ort** |  |  |  |  |  |  | |

**Rechnungsadresse (kostenpflichtige** Untersuchung, das Institut hat keine kassenärztliche Zulassung, 1 bis 1,15 - facher Gebührensatz nach GOÄ)\*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Institut / Name** |  | | | | | |
| **Abteilung** |  | | | | | |
| **Straße** |  | | | | | |
| **PLZ / Ort** |  |  |  |  |  |  |
| **Anmerkung(en):** | | | | | | |

**\* Mit der Unterschrift wird bestätigt, dass gegebenenfalls der Patient über die Kosten der Untersuchung aufgeklärt wurde.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

**Datum, Name bitte in DRUCKBUCHSTABEN Unterschrift Telefon-/Fax-Nummer für Rückfragen**