

# NATIONALES REFERENZZENTRUM FÜR MENINGOKOKKEN UND HAEMOPHILUS INFLUENZAE

Leitung: Prof. Dr. M. Frosch, Prof. Dr. U. Vogel



Institut für Hygiene und Mikrobiologie · Josef-Schneider-Straße 2, E1 · 97080 Würzburg

Institut für Hygiene und  
Mikrobiologie  
Universität Würzburg

Josef-Schneider-Straße 2, Bau E1  
97080 Würzburg

## Wichtige Informationen zur Meningokokkenserologie

NRZMHi  
Telefon: 0931/ 31-46006 (Labor/Befunde)  
Telefon: 0931/ 31-46161 (Sekretariat IHM)  
Telefax: 0931/ 31-87281  
nrzm@hygiene.uni-wuerzburg.de

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.

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  $\beta$ -Laktam-Antibiotika kann eine  $\beta$ -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. Prof. Dr. U. Vogel  
PD Dr. H. Claus

Einsender / Stempel

Institut für Hygiene und Mikrobiologie  
Laborbereich NRZMHi  
Universität Würzburg  
Josef-Schneider-Straße 2 / E1  
**D-97080 Würzburg**

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

Von **IHM** auszufüllen:

SWISSLab Nr.:	
SBA Nr.:	
Eingangsdatum:	

Begleitschein für *Meningokokkenserologie A, C, W, Y und B* 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	<input type="checkbox"/> Serum <input type="checkbox"/> andere:
Ihre Labornummer	
Handelt es sich um Präimmunserum?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Untersuchungsauftrag (Serogruppe gemäß Impfung)	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> W <input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> B

Indikation: *Meningokokkenimpfung und Immundefekt*

Impfdatum	
Impfstoff	<input type="checkbox"/> Menveo® <input type="checkbox"/> Mencevax® <input type="checkbox"/> A+C Mérieux® <input type="checkbox"/> Nimenrix® <input type="checkbox"/> NeisVac-C® <input type="checkbox"/> Bexsero® <input type="checkbox"/> Menjugate® Kit <input type="checkbox"/> Meningitec® <input type="checkbox"/> anderer:
Art des Immundefekts	<input type="checkbox"/> Asplenie <input type="checkbox"/> Komplementdefekt <input type="checkbox"/> anderer: <input type="checkbox"/> Therapie mit Eculizumab <b>Unter Eculizumab-Therapie ist keine Titerbestimmung für Serogruppe B möglich.</b>
Wurden in den letzten 4 Wochen Antibiotika verabreicht?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja. Welche(s)? Datum der letzten Gabe:

Patientendaten:

Vor- und Nachname	
Geburtsdatum	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> 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