Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Institut für Virologie und Immunologie IVI

UNTERSUCHUNGSANTRAG Tollwut Antikörpernachweis beim Menschen
DEMANDE D'ANALYSE d'anticorps antirabiques chez l'être humain

Protokoll-Nr.:
Eingang:

Verfahren / Méthode	**Rapid Fluorescent Focus Inhibition Test (RFFIT)**
Benötigtes Material / Matériel requis	**1–2 mL Serum**

Rechnung an / Facture à
- ☐ Auftraggeber / Mandant
- ☐ Patient / Patient
- ☐ Krankenkasse[1] / Assurance maladie[1]
- ☐ Unfallversicherung[2] / Assurance accidents[2]

Bitte füllen Sie den Antrag elektronisch oder gut leserlich vollständig aus. Bei fehlenden Angaben zum Rechnungsempfänger wird die Rechnung dem Auftraggeber zugestellt.

Veuillez remplir intégralement le formulaire par voie électronique ou de manière lisible. Si les informations relatives au destinataire de la facture ne sont pas fournies, celle-ci sera envoyée au donneur d'ordre.

Auftraggeber / Mandant

Name / Nom
Adresse / Adresse
PLZ / NPA **Ort** / Lieu — **Tel.**
Rechnungsadresse (falls abweichend) / Adresse de facturation (si différente de l'adresse)
E-Mail
Ref.-Nr. / N° Réf. — **GLN**

Patient / Patient

Geburtsdatum / Date de naissance — **Geschlecht** / Sexe ☐m ☐w / f
Name / Nom — **Vorname** / Prénom
Adresse / Adresse
PLZ / NPA **Ort** / Lieu — **Tel.**

[1]Zusätzliche Angaben bei Abrechnung über Krankenkasse / [1]Informations complémentaires en cas de prise en charge par l'assurance maladie

Krankenkasse / Assurance maladie
AHV-Nr. / N° AVS

[2]Zusätzliche Angaben bei Abrechnung über Unfallversicherung / [2]Informations complémentaires en cas de prise en charge par l'assurance accidents

Unfalldatum / Date de l'accident — **Unfall-Nr.** / N° de sinistre
Unfallversicherung / Assurance accidents

Datum der Blutentnahme / Date de la prise de sang
Verwendeter Impfstoff / Vaccin utilisé

Untersuchungsgrund und Impfschema / Motif de l'analyse et schéma de vaccination

☐ **Präexpositionelle Impfung** / Vaccination préexpositionnelle

Datum Erstimpfung / Date de la 1ère vaccination
Datum Booster / Date du rappel
Total Anzahl Impfungen / Nombre total d'injections

☐ **Postexpositionelle Impfung (nach Kontakt)** / Vaccination postexpositionnelle (après contact)

Impfschema / Schéma ☐Tag / Jours 0, 3, 7, 14 (Serologie 21)
☐ Andere / Autre

Datum 1. Injektion / Date de la 1ère injection

Immunoglobuline / Immunoglobulines ☐Ja / Oui ☐Nein / Non

Grund für Impfung / Cause de la vaccination
- ☐Bisswunde / Morsure
- ☐Kratzverletzung / Griffure
- ☐Andere / Autre

Tier / Animal — **Land** / Pays

Name, Tel. des behandelnden Arztes / Nom, Tél. du médecin traitant

Unterschrift / Signature

In Kooperation mit der Vetsuisse Fakultät

Institut für Virologie und Immunologie IVI, Tollwutzentrale, Länggassstrasse 122 Postfach, CH-3001 Bern
Tel.: +41 31 684 23 78 E-Mail: tollwutzentrale.vetsuisse@unibe.ch Website: www.ivi.admin.ch