

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
						geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.:				Status	
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis			Datum		

Gemeinschaftspraxis
LABOR DR. BRUNNER
 Mainaustr. 48 a/b 78464 Konstanz

Anforderungsbogen Allergene Celluläre Allergie Diagnostik (CAST)

Aufkleber Labornummer durchführendes Labor

Auftrag, Indikation, (Verdachts-)Diagnose:



gewünschtes Allergen bitte ankreuzen



β-Laktam-Antibiotika

β-Laktam-Antibiotika		
Komplex I		
BAG2-C1	Penicillin G	<input type="checkbox"/>
BAG2-C2	Penicillin V	<input type="checkbox"/>
plus		
BAG2-C11	Ringstrukturen: Benzylpenicilloyl (-) Polylysin, PPL	<input type="checkbox"/>
BAG2-C12	Benzylpenicillin(+) Säure, MDM	<input type="checkbox"/>
Komplex II		
BAG2-C203	Ampicillin	<input type="checkbox"/>
BAG2-C204	Amoxicillin	<input type="checkbox"/>
plus		
BAG2-C11	Ringstrukturen: Benzylpenicilloyl (-) Polylysin, PPL	<input type="checkbox"/>
BAG2-C12	Benzylpenicillin(+) Säure, MDM	<input type="checkbox"/>

Nahrungsmittelzusatzstoffe / Gruppen-Allergene

BAG2-C101	Lebensmittelfarben I CE104, CE110, CE122, CE123, CE124	<input type="checkbox"/>
BAG2-C102	Lebensmittelfarben II CE127, CE131, CE132, CE151	<input type="checkbox"/>

Einzel-Allergene

BAG2-C103	Tartrazin	<input type="checkbox"/>
BAG2-C111	Na-Benzoesäure	<input type="checkbox"/>
BAG2-C112	Na-Nitrit	<input type="checkbox"/>
BAG2-C113	K-Metabisulfit	<input type="checkbox"/>
BAG2-C114	Na-Salicylat	<input type="checkbox"/>
BAG2-CE621	Glutamat	<input type="checkbox"/>

Cephalosporine und andere Antibiotika

BAG2-C3	Cefalosporin C	<input type="checkbox"/>
BAG2-C31	Cefamandol	<input type="checkbox"/>
BAG2-C32	Cefazolin	<input type="checkbox"/>
BAG2-C33	Cefuroxim	<input type="checkbox"/>
BAG2-C61	Sulfamethoxazol	<input type="checkbox"/>
BAG2-C62	Trimethoprim	<input type="checkbox"/>
BAG2-C75	Tetracyclin	<input type="checkbox"/>
BAG2-C81	Ciprofloxacin	<input type="checkbox"/>

Analgetika

BAG2-C51	Lys-Aspirin	<input type="checkbox"/>
plus		
BAG-C5aR	Komplementfaktor C5a	<input type="checkbox"/>
BAG2-C52	Diclofenac	<input type="checkbox"/>
BAG2-C53	Ibuprofen	<input type="checkbox"/>
BAG2-C54	Indomethazin	<input type="checkbox"/>
BAG2-C55	Paracetamol (Acetaminophen)	<input type="checkbox"/>
BAG2-C56	Mefenaminsäure	<input type="checkbox"/>
BAG2-C58	Propyphenazon	<input type="checkbox"/>
BAG2-C59	Dipyron/Metamizol	<input type="checkbox"/>
BAG2-C57	Phenylbutazon	<input type="checkbox"/>

Insekten

BAG2-I1	Bienengift	<input type="checkbox"/>
BAG2-I3	Wespengift	<input type="checkbox"/>

Ort, Datum

Unterschrift
 (Patient/In bzw.
 erziehungsberechtigte
 Person)

Einsender/Arzt
 Stempel und Unterschrift.