

**Bitte leer lassen**  
Exp. N°:.....  
Date:.....

## BASOPHILEN AKTIVIERUNGS TEST (BAT)

### Hymenopteregift-Identifikation

FlowCAST® anti-CCR3/anti-CD63

**\*Zuweiser/Arzt:** (Stempel)

Name:.....  
Adresse:.....  
PLZ:..... Ort:.....  
Tel./FAX:.....

**\*Patient/in Daten:**

# Patienten Kleber

**Benötigtes Untersuchungsmaterial**  
EDTA Blut (min. 4ml) **\*Datum der Blutentnahme:**.....

**\*Rechnung:**  
 Patient/in  Auftraggeber

**Weitere Angaben:**

**Anamnese:**  Biene  Wespe  Unbekannt  Anderes: .....

**Diagnostik bisher:**  doppelt-positiv  doppelt-negativ

**Hautteste:** **Biene:**  pos.  neg.  
**Wespe:**  pos.  neg.

**Serologie:** Biene: .....kU<sub>A/1</sub> Wespe: .....kU<sub>A/1</sub> total IgE: .....kU<sub>A/1</sub>  
Tryptase:.....µg/l

**Immuntherapie Verlaufskontrolle:**  
 vor Beginn der Immuntherapie (Basiswert) mit  Bienengift  Wespengift  
 unter Immuntherapie mit  Bienengift  Wespengift, seit.....

**Versand:** < 24h Transportzeit, Temperaturbedingungen 4 - 22°C;  
z.B. über Medics-Labor Courierdienst

**WICHTIG:** Auftrag für BAT nur nach telefonischer (031 371 86 40) Anmeldung!

Versandmaterial kann auf Anfrage zur Verfügung gestellt werden