**Einsender / Stempel**

Institut für Hygiene und Mikrobiologie

Universität Würzburg Josef-Schneider-Straße 2 / E1

**D-97080 Würzburg**

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

[www.nrzmhi.de](http://www.haemophilus-online.de)

***Vom NRMHi auszufüllen:***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| KL Nr.: |  | |
| Eingangsdatum: |  |  |

**Begleitschein für *Haemophilus influenzae*-Typisierung** (kostenfreie Untersuchung)**:**

**Bitte fügen Sie Einsendungen von invasiven Isolaten immer die DEMIS-MELDUNG-ID bei.**

**Allgemeine Daten:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Datum Materialentnahme** |  | | | |
| **Ihre Einsendung** | vitaler Stamm | | andere: | |
| **Ihre Labornummer** |  | | | |
| **isoliert aus** | Blut | Liquor | | Rachenabstrich |
|  | Trachealsekret | anderes: | | |
| **Ihre bisherigen Ergebnisse** | Spezies: | | Serotyp: | |

**Patienten Daten:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Initialen** *Vor- / Nachname* |  | | / | |  | |  | | | |
| **Geburtsdatum** |  | | | | | | | | | |
| **Geschlecht** | männlich | | | | | | | | | weiblich |
| **Wohnort PLZ / Ort**  **Dringend benötigte Angabe** |  |  | |  | |  | |  |  | |

**Klinische Daten:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Klinische Angaben** | Meningitis | Sepsis | | Pneumonie |
| Epiglottitis | Otitis media | | andere: |
| **Impfstatus** | Hib geimpft (3+1) | | Datum der Impfung: | |
| nicht vollständig Hib geimpft | | unbekannt | |

**Bitte beachten: Eine Resistenztestung bei nicht-invasiven Isolaten wird NUR bei ungewöhnlichen Resistenzen auf ihren expliziten Wunsch durchgeführt.**

**Anmerkungen:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

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

**Datum, Name bitte in DRUCKBUCHSTABEN, Unterschrift Telefonnummer für Rückfragen**