

Einsender / Stempel

**Nationales Referenzzentrum für
Meningokokken und *H. influenzae***



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



Von NRZMHI auszufüllen:

MZ Nr.:	
Eingangsdatum:	

Begleitschein für Meningokokkentypisierung (kostenfreie Untersuchung):

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

Allgemeine Daten:

Datum Materialentnahme			
Ihre Einsendung	<input type="checkbox"/> vitaler Stamm	<input type="checkbox"/> Nativmaterial	<input type="checkbox"/> isolierte DNA
Ihre Labornummer			
isoliert aus / Material	<input type="checkbox"/> Blut	<input type="checkbox"/> Liquor	<input type="checkbox"/> Gelenkpunktat
	<input type="checkbox"/> Pleurapunktat	<input type="checkbox"/> Serum	<input type="checkbox"/> Bindehautabstrich
	<input type="checkbox"/> Nasenabstrich	<input type="checkbox"/> Rachenabstrich	<input type="checkbox"/> Urogenitalabstrich
	<input type="checkbox"/> anderes:		
Ihre bisherigen Ergebnisse	Spezies:		Serogruppe:

Patienten Daten:

Initialen Vor- / Nachname	/	
Geburtsdatum		
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich
Wohnort PLZ / Ort		
Dringend benötigte Angabe		

Klinische Daten:

Klinische Angaben	<input type="checkbox"/> Meningitis	<input type="checkbox"/> Sepsis	<input type="checkbox"/> WF-Syndrom
	<input type="checkbox"/> Pneumonie	<input type="checkbox"/> invasiv (nicht spezifiziert)	<input type="checkbox"/> andere:
Grunderkrankung	<input type="checkbox"/> Asplenie		
	<input type="checkbox"/> andere:	<input type="checkbox"/> Komplementdefekt	
Therapie mit Komplement-inhibitor	<input type="checkbox"/> Eculizumab	<input type="checkbox"/> Ravulizumab	
	<input type="checkbox"/> anderer:		

Anmerkung(en):

Datum, Name bitte in DRUCKBUCHSTABEN, Unterschrift

Telefonnummer für Rückfragen