**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)**:**

**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 |

**Resistenztestung bei nicht invasiven Isolaten:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Wird nur auf expliziten Wunsch Ihrerseits durchgeführt!** | Zu testende Antibiotika: |  |
|  |  |

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

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

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