

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.nrmhi.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