**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.meningococcus.de)

***Von NRZMHi auszufüllen:***

|  |  |
| --- | --- |
| MZ Nr.: |  |
| Eingangsdatum: |  |  |

**Begleitschein für *Meningokokkentypisierung*** (kostenfreie Untersuchung)**:**

**Allgemeine Daten:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Datum Materialentnahme** |  |
| **Ihre Einsendung** | [ ]  vitaler Stamm  | [ ]  Nativmaterial | [ ]  isolierte DNA |
| **Ihre Labornummer** |  |
| **isoliert aus / Material** | [ ]  Blut  | [ ]  Liquor | [ ]  Gelenkpunktat |
|  | [ ]  Pleurapunktat | [ ]  Serum | [ ]  Bindehautabstrich  |
|  | [ ]  Nasenabstrich  | [ ]  Rachenabstrich  | [ ]  Urogenitalabstrich  |
|  | [ ]  anderes:  |
| **Ihre bisherigen Ergebnisse** | Spezies:  | Serogruppe:  |

**Patienten Daten:**

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

**Klinische Daten:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Klinische Angaben** | [ ]  Meningitis | [ ]  Sepsis | [ ]  WF-Syndrom |
| [ ]  Pneumonie | [ ]  invasiv (nicht spezifiziert) | [ ]  andere:  |
| **Grunderkrankung** | [ ]  Asplenie | [ ]  Komplementdefekt |  |
| [ ]  andere:  |

**Resistenztestung bei nicht invasiven Isolaten:**

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

|  |
| --- |
|  **Anmerkung(en):**  |
|  |  |  |

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