

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](http://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"/> Pleurapunktat <input type="checkbox"/> Nasenabstrich <input type="checkbox"/> anderes:	<input type="checkbox"/> Liquor <input type="checkbox"/> Serum <input type="checkbox"/> Rachenabstrich	<input type="checkbox"/> Gelenkpunktat <input type="checkbox"/> Bindehautabstrich <input type="checkbox"/> Urogenitalabstrich
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"/> Pneumonie	<input type="checkbox"/> Sepsis <input type="checkbox"/> invasiv (nicht spezifiziert)	<input type="checkbox"/> WF-Syndrom <input type="checkbox"/> andere:
Grunderkrankung	<input type="checkbox"/> Asplenie <input type="checkbox"/> andere:	<input type="checkbox"/> Komplementdefekt	

### 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