

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.:        |  |
| PCR Nr.:       |  |
| Stamm Nr.:     |  |
| Eingangsdatum: |  |

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

#### 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<br><input type="checkbox"/> Pleurapunktat <input type="checkbox"/> Serum <input type="checkbox"/> Bindehautabstrich<br><input type="checkbox"/> Nasenabstrich <input type="checkbox"/> Rachenabstrich <input type="checkbox"/> Urogenitalabstrich<br><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         |   |

#### Klinische Daten:

|                   |  |
|-------------------|--|
| Klinische Angaben | <input type="checkbox"/> Meningitis <input type="checkbox"/> Sepsis <input type="checkbox"/> WF-Syndrom<br><input type="checkbox"/> Pneumonie <input type="checkbox"/> invasiv (nicht spezifiziert) <input type="checkbox"/> andere: |
| Grunderkrankung   | <input type="checkbox"/> Asplenie <input type="checkbox"/> Komplementdefekt<br><input type="checkbox"/> andere:  |

Anmerkung(en):

Datum, Name bitte in DRUCKBUCHSTABEN, Unterschrift

Telefonnummer für Rückfragen