

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



Vom NRMHI auszufüllen:

KL Nr.:	
Stamm Nr.:	
Eingangsdatum:	

Begleitschein für *Haemophilus influenzae*-Typisierung (kostenfreie Untersuchung):

Allgemeine Daten:

Datum Materialentnahme	
Ihre Einsendung	<input type="checkbox"/> vitaler Stamm <input type="checkbox"/> andere:
Ihre Labornummer	
isoliert aus	<input type="checkbox"/> Blut <input type="checkbox"/> Liquor <input type="checkbox"/> Rachenabstrich <input type="checkbox"/> Trachealsekret <input type="checkbox"/> anderes:
Ihre bisherigen Ergebnisse	Spezies: Serotyp:

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"/> Pneumonie <input type="checkbox"/> Epiglottitis <input type="checkbox"/> Otitis media <input type="checkbox"/> andere:
Impfstatus	<input type="checkbox"/> Hib geimpft (3+1) Datum der Impfung: <input type="checkbox"/> nicht vollständig Hib geimpft <input type="checkbox"/> unbekannt
Therapie	<input type="checkbox"/> Ampicillin <input type="checkbox"/> Cefotaxim <input type="checkbox"/> Ceftriaxon <input type="checkbox"/> andere:
Ausgang	<input type="checkbox"/> geheilt <input type="checkbox"/> letal <input type="checkbox"/> unbekannt Residuen nach der Genesung:
Epidemiologie	<input type="checkbox"/> Einzelerkrankung <input type="checkbox"/> Ausbruch / Herdgeschehen

Anmerkung(en):

Datum, Name bitte in DRUCKBUCHSTABEN, Unterschrift

Telefonnummer zur Befundmitteilung

Stand: 2016-01-11