

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 <input type="checkbox"/> Pleurapunktat <input type="checkbox"/> Serum <input type="checkbox"/> Bindehautabstrich <input type="checkbox"/> Nasenabstrich <input type="checkbox"/> Rachenabstrich <input type="checkbox"/> Urogenitalabstrich <input type="checkbox"/> anderes:
Ihre bisherigen Ergebnisse	Spezies:      Serogruppe:

Bitte ausreichend Material frischer Übernachtskulturen im Abstrichtupfer einsenden.

### 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 <input type="checkbox"/> Pneumonie <input type="checkbox"/> invasiv (nicht spezifiziert) <input type="checkbox"/> andere:
Grunderkrankung	<input type="checkbox"/> Asplenie <input type="checkbox"/> Komplementdefekt <input type="checkbox"/> andere:
Therapie	<input type="checkbox"/> Penicillin <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 <input type="checkbox"/> Kontakt zu einem nicht erkrankten Patienten

Anmerkung(en):

Datum, Name bitte in DRUCKBUCHSTABEN, Unterschrift

Telefonnummer zur Befundmitteilung

Stand: 2017-06-02