|  |
| --- |
| Untersuchungsantrag für den Stammvergleich (Genotypisierung) bakterieller Erreger (außer TBC)im Rahmen von nosokomialen Häufungen auf Veranlassung des GesundheitsamtesDie Untersuchung ist nach § 16 Abs. 3 IfSG kostenfrei |
| Einsender (bitte klinisch-mikrobiologisches Labor, betreffende Einrichtung und zuständiges Gesundheitsamt angeben) | Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit |  |
| Anschrift zuständigesGesundheitsamt (Antragsteller) |       | [ ]  | LGL Erlangen Hygiene-Labor D-BauDr. Dr. med. Nina HosEggenreuther Weg 4391058 ErlangenTel.: (09131) 6808 - 2233E-Mail: Hygiene@lgl.bayern.de  | [ ]  | LGL OberschleißheimHygiene-Labor B-BauDr. Christian TuschakVeterinärstraße 285764 OberschleißheimTel.: (09131) 6808 - 5221E-Mail: Hygiene@lgl.bayern.de  |
| Ansprechpartner/in: Telefonnummer: E-Mail:  |  |  |
| Anschrift betreffende Einrichtung(Krankenhaus etc.) |       | Ansprechpartner/in:      Telefonnummer:      E-Mail:       |
| AnschriftLabor(falls extern) |       | Ansprechpartner/in:      Telefonnummer:      E-Mail:       |
| **Spezies der Isolate:**      | Falls Vergleich mit Voreinsendungen aus gleichem Zusammenhang erwünscht, geben Sie bitte hier unsere Labor-Nummer des Vorbefundes an:      |
| **Labor-Nummer**(des einsendenden Labors) | **Falls Patientenisolat🡪Patientencode:**Geburtsdatum und Anfangsbuchstabe des\* Zunamen, \*\* Vornamen und \*\*\* Geschlecht: 1=männlich 2= weiblich**T T M M J J J J / \* \*\* \*\*\*** | **Aufnahme- Datum**(des Patienten in die Klinik) | **Abnahme-****Datum**(Ursprungs-material) | **Ursprungsmaterial**(z. B. Blutkultur, Urin, Rektalabstrich etc.)bzw. **bei Umgebungsuntersuchung** 🡪 **Entnahmestelle** | **Station**(zur Zeit der Probenahme) | **LGL-Labornummer** **(nur vom LGL auszufüllen)** |
|       |            **/**       |       |       |       |       | Wird vom LGL ausgefüllt! |
|       |            **/**       |       |       |       |       | Wird vom LGL ausgefüllt! |
|       |            **/**       |       |       |       |       | Wird vom LGL ausgefüllt! |
|       |            **/**       |       |       |       |       | Wird vom LGL ausgefüllt! |
|       |            **/**       |       |       |       |       | Wird vom LGL ausgefüllt! |
|       |            **/**       |       |       |       |       | Wird vom LGL ausgefüllt! |
|       |            **/**       |       |       |       |       | Wird vom LGL ausgefüllt! |
|       |            **/**       |       |       |       |       | Wird vom LGL ausgefüllt! |
| **Bemerkung** |       |
| **Datum** |       | **Unterschrift Einsender** (betreffende Einrichtung/Labor) |       |