|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Untersuchungsantrag für eine Legionellentypisierung Die Untersuchung ist nach § 16 Abs. 3 IfSG kostenfrei | | | | | | |
| Einsender(bitte zuständiges Gesundheitsamt, betreffende Einrichtung und klinisch-mikrobiologisches Labor angeben) | | Bayerisches Landesamtfür Gesundheit und Lebensmittelsicherheit | | | |  |
| Anschrift  zuständiges Gesundheitsamt (Antragsteller) |  |  | LGL Erlangen *Sachbereich GE 1.1 (Hygiene)*Hygiene-Labor D-Bau *Dr. Dr. med. Nina Hos*Eggenreuther Weg 43 91058 ErlangenTel.: (09131) 6808 – 2233 Fax: (09131) 6808 – 2380 E-Mail: [Hygiene@lgl.bayern.de](mailto:Hygiene@lgl.bayern.de) |  | LGL Oberschleißheim *Sachbereich GE 1.1 (Hygiene)*Hygiene-Labor B-Bau *Dr. Christian Tuschak*Veterinärstraße 2 85764 OberschleißheimTel.: (09131) 6808 – 5221 Fax: (09131) 6808 – 5458 E-Mail: [Hygiene@lgl.bayern.de](mailto:Hygiene@lgl.bayern.de) | |
| Ansprechpartner/in:  Telefonnummer: E-Mail: |  |  |
| Anschrift Krankenhaus / Einrichtung (bei Patientenisolaten) |  | Ansprechpartner/in:  Telefonnummer:  E-Mail: | | | | |
| Anschrift Labor |  | Ansprechpartner/in:  Telefonnummer:  E-Mail: | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Proben-Nr. Einsender** |  | **LGL-Probennummer**  ***Wird vom LGL ausgefüllt*** |
| **Einsendung: Untersuchungsmaterial / Probentyp** | Patientenisolat  Wasserisolat  Klinisches (respiratorisches) Material => Typ:  DNA => gewonnen aus (z.B. BAL):  Sonstiges: | |
| **Probentransport** (Patientenmaterial möglichst gekühlt) | gekühlt  ungekühlt | |
| **Probendaten**  **Patient** oder **Wasser**  (bei Wasserisolaten: Probenahmestelle, Probenahmedatum, Probenart, etc.)  #Format Patientencode:  ***Geburtsdatum*** / ***Anfangsbuchstabe*** des \* Zunamen, \*\* Vornamen und \*\*\* *Geschlecht*: 1 = männlich 2 = weiblich | *Patientencode#*:    **/**    (*Bitte auch bei* ***Wasserisolaten*** *angeben,*   (*TT MM JJJJ / \* \*\* \*\*\**) *sofern Bezug bekannt)* | |
|  | |
| **Angaben/Ergebnisse zu bereits erfolgter Labordiagnostik** (z.B. Urinantigentest, Serogruppen-bestimmung, Species-Bestimmung, PCR-Nachweise, etc.) |  | |
| **Besondere Mitteilungen** |  | |
| **Name Einsender**  (Bitte in Druckbuchstaben) |  | |
| **Datum / Unterschrift   (Einsender)** | Datum Unterschrift | |