

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 Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit	
Anschrift zuständiges Gesundheitsamt (Antragsteller)	Ansprechpartner/in: Telefonnummer: E-Mail:	<input type="checkbox"/> LGL Erlangen Sachbereich GE 1.1 (Hygiene) Hygiene-Labor D-Bau Dr. Dr. med. Nina Hos Eggenreuther Weg 43 91058 Erlangen Tel.: (09131) 6808 – 2233 Fax: (09131) 6808 – 2380 E-Mail: Hygiene@lgl.bayern.de	<input type="checkbox"/> LGL Oberschleißheim Sachbereich GE 1.1 (Hygiene) Hygiene-Labor B-Bau Dr. Christian Tuschak Veterinärstraße 2 85764 Oberschleißheim Tel.: (09131) 6808 – 5221 Fax: (09131) 6808 – 5458 E-Mail: Hygiene@lgl.bayern.de
Anschrift Krankenhaus / Einrichtung (bei Patientenisolaten)	Ansprechpartner/in: Telefonnummer: E-Mail:		
Anschrift Labor	Ansprechpartner/in: Telefonnummer: E-Mail:		
Proben-Nr. Einsender		LGL-Probennummer <i>Wird vom LGL ausgefüllt</i>	
Einsendung: Untersuchungsmaterial / Probenotyp	<input type="checkbox"/> Patientenisolat <input type="checkbox"/> Wasserisolat <input type="checkbox"/> Klinisches (respiratorisches) Material => Typ: <input type="checkbox"/> DNA => gewonnen aus (z.B. BAL): <input type="checkbox"/> Sonstiges:		
Probentransport (Patientenmaterial möglichst gekühlt)	<input type="checkbox"/> gekühlt <input type="checkbox"/> 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, Serogruppenbestimmung, Species-Bestimmung, PCR-Nachweise, etc.)			
Besondere Mitteilungen			
Name Einsender (Bitte in Druckbuchstaben)			
Datum / Unterschrift (Einsender)	Datum	Unterschrift	