


Untersuchungsantrag für den Stammvergleich (Genotypisierung) bakterieller Erreger (außer TBC) im Rahmen von nosokomialen Häufungen auf Veranlassung des Gesundheitsamtes

Die Untersuchung ist nach § 16 Abs. 3 IfSG kostenfrei

Einsender (bitte klinisch-mikrobiologisches Labor, Krankenhaus <u>und</u> zuständiges Gesundheitsamt angeben)		 Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit				
Anschrift zuständiges Gesundheitsamt (Antragsteller)		<input type="checkbox"/> LGL Erlangen Hygiene-Labor D-Bau Dr. Maria Wiegner Eggenreuther Weg 43 91058 Erlangen Tel.: (09131) 6808 - 2294 E-Mail: maria.wiegner@lgl.bayern.de	<input type="checkbox"/> LGL Oberschleißheim Hygiene-Labor B-Bau Dr. Christian Tuschak Veterinärstraße 2 85764 Oberschleißheim Tel.: (09131) 6808 - 5221 E-Mail: christian.tuschak@lgl.bayern.de			
Anschrift Krankenhaus		Ansprechpartner/in: Telefonnummer: E-Mail:				
Anschrift Labor (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 TT MM JJJJ / * ** **	Aufnahme-Datum (des Patienten in die Klinik)	Abnahme-Datum (Ursprungsmaterial)	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 (KH/Labor)				