

# 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

<b>Einsender</b> (bitte klinisch-mikrobiologisches Labor, betreffende Einrichtung <u>und</u> zuständiges Gesundheitsamt angeben)				 <b>Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit</b>		
<b>Anschrift zuständiges Gesundheitsamt (Antragsteller)</b>	-----  Ansprechpartner/in: Telefonnummer: ----- E-Mail: -----	<input type="checkbox"/>	<b>LGL Erlangen</b>	<input type="checkbox"/>	<b>LGL Oberschleißheim</b>	
			<b>Hygiene-Labor D-Bau</b> Dr. Dr. med. Nina Hos Eggenreuther Weg 43 91058 Erlangen Tel.: (09131) 6808 - 2233 E-Mail: <a href="mailto:Hygiene@lgl.bayern.de">Hygiene@lgl.bayern.de</a>		<b>Hygiene-Labor B-Bau</b> Dr. Christian Tuschak Veterinärstraße 2 85764 Oberschleißheim Tel.: (09131) 6808 - 5221 E-Mail: <a href="mailto:Hygiene@lgl.bayern.de">Hygiene@lgl.bayern.de</a>	
<b>Anschrift betreffende Einrichtung (Krankenhaus etc.)</b>	-----	Ansprechpartner/in: ----- Telefonnummer: ----- E-Mail: -----				
<b>Anschrift Labor (falls extern)</b>	-----	Ansprechpartner/in: ----- Telefonnummer: ----- E-Mail: -----				
<b>Spezies der Isolate:</b> -----		Falls Vergleich mit Voreinsendungen aus gleichem Zusammenhang erwünscht, geben Sie bitte hier unsere Labor-Nummer des Vorbefundes an: -----				
<b>Labor-Nummer</b> (des einsendenden Labors)	<b>Falls Patientenisolat → Patientencode:</b> Geburtsdatum und Anfangsbuchstabe des * Zunamen, ** Vornamen und *** Geschlecht: 1=männlich 2= weiblich  TT MM JJJJ / * ** **	<b>Aufnahme-Datum</b> (des Patienten in die Klinik)	<b>Abnahme-Datum</b> (Ursprungsmaterial)	<b>Ursprungsmaterial</b> (z. B. Blutkultur, Urin, Rektalabstrich etc.) bzw. <b>bei Umgebungsuntersuchung</b> → <b>Entnahmestelle</b>	<b>Station</b> (zur Zeit der Probenahme)	<b>LGL-Labornummer</b> (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!
<b>Bemerkung</b>	-----					
<b>Datum</b>	-----	<b>Unterschrift Einsender</b> (betreffende Einrichtung/Labor)			-----	