



| | |
|---|---|
| <p>Begleitschein für die Einsendung von Bakterienstämmen an das</p> <p>Konsiliarlabor Diphtherie am Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit Prof. Dr. Dr. Andreas Sing Veterinärstraße 2 85764 Oberschleißheim</p> | <p>Ansprechpartner Prof. Dr. Dr. Andreas Sing Tel.: 09131-6808-5814 Fax: 09131-6808-5197 Dr. Anja Berger 09131-6808-5239 Sekretariat 09131-6808-5162 Zentrale 09131-6808-0</p> |
| Barcode LGL interne Nummer, KL Nummer | |
| <p>Einsender (ggfs. Stempel) : _____</p> <p>Ansprechpartner: _____</p> <p>Tel./Email: _____</p> <p style="text-align: right;">Datum: _____</p> | |
| <p>Angaben zur Probe:</p> <p>Entnahmedatum: _____ Einsender-Labor Nr.: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Isolat: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Identifizierungsergebnis, Methode _____</p> <p><input type="checkbox"/> Abstrich, Lokalisation: _____ <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Umgebungsuntersuchung zu Kontaktperson _____</p> <p>Gewünschte Untersuchung:</p> <p><input type="checkbox"/> Speziesbestimmung <input type="checkbox"/> Diphtherietoxingen-Nachweis <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____</p> <p>Angaben zum Patienten:</p> <p>Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____</p> <p>Geschlecht: _____ Staatsangehörigkeit: _____ Beruf: _____</p> <p>Zuständiges Gesundheitsamt: _____</p> <p>Reiseanamnese: _____</p> <p>Tierkontakt: <input type="checkbox"/> Hund <input type="checkbox"/> Katze <input type="checkbox"/> Rind <input type="checkbox"/> Pferd <input type="checkbox"/> Schwein <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____</p> <p>Klinische Symptomatik:</p> <p><input type="checkbox"/> Pharyngitis <input type="checkbox"/> Pseudomembranen <input type="checkbox"/> Haut/Wundinfektion <input type="checkbox"/> Neuritis <input type="checkbox"/> Peri-/Myokarditis</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstiges: _____</p> <p>Bisherige Therapie: _____</p> <p>Antitoxingabe: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Impfstatus: <input type="checkbox"/> komplett <input type="checkbox"/> inkomplett <input type="checkbox"/> unklar</p> | |