



Begleitschein zur Einsendung von Probenmaterial für die Diagnostik von hochpathogenen Viren

Bitte diesen Bogen so vollständig wie möglich ausfüllen

1. Angaben des Einsenders (für Befundübermittlung)

Name

Telefon (für Rückfragen)

E-Mail

Institution/Abteilung

Straße, Hausnr.

PLZ, Ort

2. Angaben zur Patientenidentifikation

Patienten-ID

w m d

Geschlecht

Geburtsdatum

Vorname, Nachname

Telefonnummer Patient

3. Probenahme

Probenmaterial	Datum der Abnahme	Kommentar
<input type="checkbox"/> Abstrich Nase <input type="checkbox"/> Selbstabstrich		
<input type="checkbox"/> Abstrich Rachen <input type="checkbox"/> Selbstabstrich		
<input type="checkbox"/> Abstrich Nase/ Rachen in einem Röhrchen <input type="checkbox"/> Selbstabstrich		
<input type="checkbox"/> Serum / <input type="checkbox"/> Plasma		
<input type="checkbox"/> Sonstiges (was?)		

4. Anamnese

am:

Einlieferung

am:

Krankheitsbeginn

Verdachtsdiagnose

Leitsymptome

Kontaktperson 1. Grades gemäß https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Kontaktperson/Management.html

Datum mögliche Exposition:

mögl. Expositionsort:

5. Zuständiges Gesundheitsamt

Um unserer Meldepflicht nach § 7 IfSG im Falle des Nachweises einer meldepflichtigen Krankheit nachkommen zu können, bitten wir um Angabe des zuständigen Gesundheitsamtes.

_____	_____	_____
Gesundheitsamt	Straße, Hausnummer	Ort
_____	_____	_____
Telefon	Fax	E-Mail

Zur Absicherung eines negativen Befundes führt das RKI ggf. ausgewählte ergänzende Untersuchungen durch, aus denen sich Hinweise auf andere Infektionen mit ähnlicher Symptomatik ergeben können. Kosten für den Einsender entstehen hierdurch nicht. Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass diese konsolidierenden Untersuchungen die ärztlich indizierten differentialdiagnostischen Untersuchungen durch das im Rahmen der üblichen Patientenversorgung eingebundene klinisch mikrobiologische Labor **n i c h t** ersetzen.
 Eine Einverständniserklärung des Patienten zur angeforderten Diagnostik liegt vor. Falls nicht, markieren Sie bitte das nachstehende Feld:
 Eine Einverständniserklärung des Patienten zur anonymen Veröffentlichung des Falls nach den Regeln der guten wissenschaftlichen Praxis (inkl. Fotos) liegt vor. Falls nicht, markieren Sie bitte das nachstehende Feld:
 Eine Einverständniserklärung des Patienten zur pseudonymen Weiterwendung des eingesandten Probenmaterials als Rückstellproben und für Forschungszwecke liegt vor. Falls nicht, markieren Sie bitte das nachstehende Feld:
 Die Übermittlung des Laborberichts erfolgt per Post oder verschlüsselt via Cryptshare (<https://austausch.rki.de>).

_____	_____
Unterschrift des Einsenders	Datum

6. Angeforderte labordiagnostische Untersuchung

Virus	PCR
SARS-Coronavirus-2	<input type="checkbox"/>

Nur vom RKI-Labor auszufüllen:

Target	CT-Wert	Ergebnis SARS-CoV-2 (pos/neg)	Kürzel	Datum
E Gen				
KoMa				
Orf 1ab				
c-myc				

Wiederholung nötig?	Kommentar
<input type="checkbox"/> PCR	
<input type="checkbox"/> Extraktion	

Ergebnis übermittelt an	Datum	Kürzel