

<h1>Probenbegleitschein</h1> <h2>Enterovirustypisierung</h2> <p>Nationales Referenzzentrum für Poliomyelitis und Enteroviren Robert Koch-Institut Seestr. 10 13353 Berlin</p>		<p><b>Kontakt:</b> Dr. med. S. Diedrich (Leitung): 030 18754 2378 Dr. rer. nat. S. Böttcher 030 18754 2869</p> <p><a href="mailto:Polio@rki.de">Polio@rki.de</a></p>
<p><b>Einsender, Kontaktdaten für Berichtübermittlung:</b></p>	<p><b>Betroffene Person / Probenquelle</b></p> <p>Identifikator: <input type="text"/></p> <p>Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers</p> <p>Geburtsdatum: <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
<p><b>Fallbezogene ergänzende Informationen</b></p> <p><b>Epidemiologie</b></p> <p><input type="checkbox"/> Sporadischer Fall <input type="checkbox"/> Gruppenerkrankung</p> <p><b>Symptome</b></p> <p><input type="checkbox"/> Meningitis/Enzephalitis <input type="checkbox"/> Hand-Fuß-Mund-Krankheit <input type="checkbox"/> Paresen <input type="checkbox"/> Gastroenteritis <input type="checkbox"/> Konjunktivitis <input type="checkbox"/> Myokarditis <input type="checkbox"/> Respiratorische Erkrankung <input type="checkbox"/> keine Angaben <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____</p> <p><b>Erkrankungsbeginn</b> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	<p><b>Untersuchungsmaterial</b></p> <p>Proben-Nr. (Einsender): <input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> Stuhl <input type="checkbox"/> Liquor <input type="checkbox"/> Rachenabstrich <input type="checkbox"/> Serum <input type="checkbox"/> Bläscheninhalt <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____</p> <p><b>Virusisolat</b> <input type="checkbox"/> ja, auf Zelle: _____</p> <p><b>Entnahmedatum</b> <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>	
<p><b>Gewünschte Untersuchung (Public Health Mikrobiologie/Referenzuntersuchung)</b></p> <p><b>Identifizierung / Typisierung</b></p> <p><input type="checkbox"/> PCR/Sequenzierung <input type="checkbox"/> Anzucht/Typisierung <input type="checkbox"/> Serologie <input type="checkbox"/> Intratypische Differenzierung (Polio Wild/Impf) <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____</p>		
<p><b>Kommentar / Sonstiges:</b></p>		
<p><b>Hinweis:</b> 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 <u>nicht</u> ersetzen.</p>		
<p><b>Der Auftrag zur o.g. gewünschten Untersuchung wird erteilt. Die Einwilligung des Patienten zur Weitergabe seiner Proben liegt vor.</b></p> <p>Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____</p>		