

BEGLEITSCH EIN

für die Einsendung von Bakterienstämmen

**Nationales Referenzzentrum für Salmonellen
und andere bakterielle Enteritiserreger
und**

Konsiliarlabor für Listerien

ROBERT KOCH INSTITUT



Robert Koch-Institut, Bereich Wernigerode, Burgstraße 37, 38855 Wernigerode

Leitung:

Prof. Dr. Antje Flieger 030-18754-4522 fliegera@rki.de

Stellvertretung:

Dr. Angelika Fruth 030-18754-4241 frutha@rki.de

Anfragen bitte an:

Sekretariat 030-18754-4206

FAX: 030-18754-4207

Email: NRZ-Salm-FG11@rki.de

Einsender/Befundempfänger

Adresse, Tel.-Nr.

(Stempel, Etikett oder Eintrag)

_____ Datum

_____ Unterschrift

Patientendaten

Initialen bzw. Pseudonym: _____ , _____

Geburtsdatum: _____
(Tag) (Monat) (Jahr)

Geschlecht: männlich weiblich divers

PLZ/Wohnort: _____

zuständiges Gesundheitsamt: _____

Angaben zur Klinik:*

- Durchfall (wässrig)
- Blutiger Durchfall
- HUS
- Sepsis
- Meningitis/Encephalitis
- Krämpfe
- Fieber
- Todesfall
- schwangerschaftsassoziiert
- andere _____

Epidemiologische Angaben:*

- Einzelerkrankung Gruppenerkrankung
- Zusammenhang mit Probe: _____
- Herd-Kennzeichnung: _____
- Auslandsreise; Land: _____
- Kontaktperson aus Gemeinschaftseinrichtung/Familie/andere**
- Ausscheider
- Lebensmittel; welches: _____
- Kontakt zu Tieren; welche: _____
- Isolat vom Tier; Tierart: _____
- Untersuchungsmaterial: _____

Angaben zur Bakterienstamm/Verdacht auf:

Datum der Materialentnahme/Eingang im Labor: _____ Labor-Nr.: _____

gezüchtet am: _____ aus: _____

- Salmonella Nachweis durch (Methode): _____
- EHEC/STEC Nachweis durch (Methode): _____
- Yersinia Nachweis durch (Methode): _____
- Campylobacter Nachweis durch (Methode): _____
- Shigella Nachweis durch (Methode): _____
- Listeria Nachweis durch (Methode): _____

Ausfüllhinweis: *Bitte ankreuzen bzw. hinzufügen **Nicht Zutreffendes streichen Vielen Dank!

Wird vom NRZ ausgefüllt