



Begleitschein

zur Untersuchung von Meningokokken-Stämmen

Bitte bei jeder Einsendung einen **vollständig** ausgefüllten Begleitschein beilegen.

An das
Nationale Referenzzentrum für Meningokokken
Institut für Hygiene und Mikrobiologie
Universität Würzburg
Josef-Schneider-Straße 2
D-97080 Würzburg
<http://www.meningococcus.de>

Nur vom NRZM auszufüllen!

NRZM-Nr

Stamm-Nr

PCR-Nr

Patienten-Initialen/.....
Vorname.../ Nachname

Datum der Materialentnahme _ _ | _ _ | _ _ _ _
 T T M M J J J J

1. Meningokokkenstamm

Kultur

Hitzeinaktivierte Bakterien

Labornummer des Einsenders: _____

Isoliert aus: Liquor

 Blut

 Rachenabstrich

 Sonstiges, bitte spezifizieren: _____

Bisheriges Ergebnis der Identifizierung

Spezies: _____

Serogruppe _____

2. Natives Material

Liquor

Blut

Sonstiges, bitte spezifizieren: _____

3. Patient

Initialen

...../.....

Vorname.../ Nachname

Geburtsdatum

— — | — — | — — — —
T T M M J J J J

Geschlecht:

weiblich männlich

Anschrift:

(— — — —)
PLZ Wohnort

Zuständiges

(— — — —)
PLZ Ort

Gesundheitsamt

Klinische Angaben

Meningitis

Sepsis

Waterhouse-Friedrichsen-Syndrom

Invasiv (nicht spezifiziert)

Andere Meningokokkenerkrankung, bitte spezifizieren

Grunderkrankungen

Asplenie

Komplementdefekt

andere, bitte spezifizieren _____

Therapie

Ausgang

geheilt

Residuen, bitte spezifizieren _____

letal

unbekannt

Epidemiologie

Einzelkrankung

Cluster

Kontaktperson zu Patient (Initialen)/.....

Vorname.../ Nachname

(Stempel)

(Ort)

(Datum)

(Unterschrift)

(Telefonnummer)