

Einsender / Stempel

## Nationales Referenzzentrum für Meningokokken und *H. influenzae*

Institut für Hygiene und Mikrobiologie  
Universität Würzburg  
Josef-Schneider-Straße 2 / E1  
D-97080 Würzburg

Telefon (0931) 31-46006 · Telefax (0931) 31-87281  
[www.nrmhi.de](http://www.nrmhi.de)



Vom NRMHi auszufüllen:

KL Nr.:	
Eingangsdatum:	

Begleitschein für *Haemophilus influenzae*-Typisierung (kostenfreie Untersuchung):

**Bitte fügen Sie Einsendungen von invasiven Isolaten immer die DEMIS-MELDUNG-ID bei.**

### Allgemeine Daten:

Datum Materialentnahme	
Ihre Einsendung	<input type="checkbox"/> vitaler Stamm <input type="checkbox"/> andere:
Ihre Labornummer	
isoliert aus	<input type="checkbox"/> Blut <input type="checkbox"/> Liquor <input type="checkbox"/> Rachenabstrich <input type="checkbox"/> Trachealsekret <input type="checkbox"/> anderes:
Ihre bisherigen Ergebnisse	Spezies: Serotyp:

### Patienten Daten:

Initialen Vor- / Nachname	/
Geburtsdatum	
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Wohnort PLZ / Ort Dringend benötigte Angabe	

### Klinische Daten:

Klinische Angaben	<input type="checkbox"/> Meningitis <input type="checkbox"/> Sepsis <input type="checkbox"/> Pneumonie
	<input type="checkbox"/> Epiglottitis <input type="checkbox"/> Otitis media <input type="checkbox"/> andere:
Impfstatus	<input type="checkbox"/> Hib geimpft (3+1) Datum der Impfung:
	<input type="checkbox"/> nicht vollständig Hib geimpft <input type="checkbox"/> unbekannt

Bitte beachten: Eine Resistenztestung bei nicht-invasiven Isolaten wird NUR zur Bestätigung ungewöhnlicher Testresultate durchgeführt. Bitte geben Sie hierzu Ihr eigenes Ergebnis an.

Anmerkungen:

Datum, Name bitte in DRUCKBUCHSTABEN, Unterschrift

Telefonnummer für Rückfragen