|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nat. ReferenzZentrale für ESCHERICHIA COLi EINSCHL. VTEC**  ***E. coli*-EHEC-VTEC**  **Einsendeformular** | **ages_dt_4c_300dpi_RGBNationale Referenzzentrale und Nationales Referenzlabor für *Escherichia coli* einschließlich Verotoxin bildender *E. coli***  AGES Inst. f. Med. Mikrobiologie u. Hygiene Graz  Zentrum für lebensmittelbedingte Infektionskrankheiten  Beethovenstraße 6, 8010 Graz  Kontakt: Dr. Sabine Schlager  Tel. +43 (0)50555-61211 od. 61217  Fax +43 (0)50555-61110  Email: sabine.schlager@ages.at  www.ages.at  (von NRZ auszufüllen) |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Einsender **Name**, Adresse (Stempel) **Telefon-/Faxnummer (wichtig)** |  | Laboreingangsdatum: |
|  |  |  |
|  |  | Protokollnummer: |
|  |  |
|  |  | Versandmaterial: |
|  |  |
|  |  | übernommen von: |
|  |  |

**Angaben zur Probe**

Einsender-Probencode:       Probenabnahmedatum:

**Ausbruchsabklärung**  **Lebensmittelprobe**

**Futtermittelprobe**  **Tierprobe / Tierart:**

**Humanprobe**  **Umweltprobe**

**Beschreibung des Materials aus dem**  **Isolat /**  **Anreicherung gewonnen wurde**

**Patientendaten (wenn zutreffend)**

Familien-/Nachnamen:       Vorname:

Wohnadresse:       PLZ:

Geschlecht:  w  m SVNr:       Geb.-Datum:

**Klinik und Therapie**

Erkrankungsbeginn:        Durchfall  Blutiger Stuhl  HUS  Fieber

andere Symptome:

Antibiotikatherapie:  nein  ja, welche

**Epidemiologie**

Einzelfall  Wohngemeinschaft/Familie  Gemeinschaftseinrichtung:

Umgebungsuntersuchung zu Fall / Ausbruch:

Sonstiges

Vermutl. Infektionsquelle und andere Details:

**Laborergebnisse des Einsenders**

**Gewünschte Untersuchungen**

(Nur bei HUS: Serum zur LPS O157-AK-Bestimmung wird ans HUS Konsiliarlabor am Universitätsklinikum Münster weitergeleitet.)