|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  **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 GrazZentrum für lebensmittelbedingte InfektionskrankheitenBeethovenstraße 6, 8010 GrazKontakt: Dr. Sabine SchlagerTel. +43 (0)50555-61211 od. 61217Fax +43 (0)50555-61110Email: sabine.schlager@ages.atwww.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.)