



**Begleitschein zur Untersuchung
eines Pilz-Isolates im
NRZ für Systemische Mykosen**



Nationales Referenzzentrum für Systemische Mykosen
Institut für Medizinische Mikrobiologie
Universitätsklinikum Göttingen
Kreuzberggring 57
37075 Göttingen

Tel. 0551/395801 / 5806
Fax 0551/ 39 5861
Email: ugross@gwdg.de
mborg@gwdg.de

1. Angaben zum Pilz-Isolat

Labor-Nummer des Einsenders: _____
Datum der Material-Entnahme (TT/MM/JJJJ): _____
Herkunft des Isolates (Entnahme-Ort bzw. Art des Materials):
Blut Liquor ZVK-Spitze Sonstiges _____
Fragestellung: _____
voraussichtliche Pilzart: _____

2. Angaben zum Patienten (verschlüsselt)

Vorname, 2. Buchstabe: _____	Nachname, 3. Buchstabe: _____	Vom Labor auszufüllen
Geburtsjahr _____	_____	Patientencode: _____
Geschlecht	männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/>	
Wohnort (PLZ, erste 3 Ziffern oder Ort)		
stationär <input type="checkbox"/>		ambulant <input type="checkbox"/>
Krankenhaus: _____		Behandelnder Arzt: _____

Klinische Diagnose / Verdacht (mehrere ankreuzen, wenn zutreffend!):

- Sepsis Malignom/Hämatol. Erkrankung
- Meningitis HIV-Infektion/AIDS
- Pneumonie Immunsuppressive Therapie
- Neutropenie Vorausgegangene Pilzbesiedlung
- Transplantation, Knochenmark Frühere invasive Mykose
- Transplantation, solides Organ Unter antimykotischer Therapie
- Intensivmedizinischer Aufenthalt andere Erkrankung (bitte spezifizieren)

Ort _____ **Datum** _____

Unterschrift _____
Name u. Telefonnummer der Kontaktperson
im Labor für Rückfragen

Nur f. interne Zwecke d. NRZ:
Labor-Nr:
Eingangsdatum