# Einsendeschein B

**für den Stammvergleich (in der Regel mittels Pulsfeldgelelektrophorese)**
**[die Untersuchung ist kostenpflichtig]**

| | |
|---|---|
| **An das**<br>**Nationale Referenzzentrum (NRZ)**<br>**für gramnegative Krankenhauserreger**<br>**Abteilung für Medizinische Mikrobiologie**<br>**Ruhr-Universität Bochum**<br>**Universitätsstraße 150**<br>**44801 Bochum** | (Nur vom NRZ auszufüllen)<br><br>Eingangsdatum: |
| **Einsendeanschrift/Rechnungsempfänger:**<br><br>(Bitte Stempelaufdruck) | Ansprechpartner/in:<br><br>Telefonnummer:<br><br>E-Mail-Adresse (für Befundmitteilung): |
| **Ggf. Befundkopie:**<br>Falls Befundkopie an andere Adresse als Einsendeadresse gewünscht ist (bitte hier eintragen): | **Ggf. Rechnungsanschrift:**<br>Falls Rechnung an andere Adresse als an die Einsendeanschrift geschickt werden soll (bitte hier eintragen): |
| **Spezies der Isolate:** | **Unterschrift:** |
| optional nähere Angaben zur Herkunft der Isolate (z. B. Name des Krankenhauses): | Falls Vergleich mit Voreinsendungen aus gleichem Zusammenhang erwünscht, geben Sie bitte hier unsere interne Kennziffer des Vorbefundes an:<br><br>**typ-** |

| **Labor-Nummer** | **Patientenname/Vorname** | **Geb. Datum** | (Nur vom NRZ auszufüllen) |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |