Einsendeschein B

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

An das **Nationale Referenzzentrum (NRZ)** **für gramnegative Krankenhauserreger** **Abteilung für Medizinische Mikrobiologie** **Ruhr-Universität Bochum** **Universitätsstraße 150 / Fach 21** **44801 Bochum**	(Nur vom NRZ auszufüllen) Eingangsdatum:
Einsendeanschrift/Rechnungsempfänger: (Bitte Stempelaufdruck)	Ansprechpartner/in: Telefonnummer: E-Mail-Adresse (für Befundmitteilung):
Ggf. Befundkopie: Falls Befundkopie an andere Adresse als an die Einsendeanschrift gewünscht ist (bitte hier eintragen):	**Ggf. Rechnungsanschrift:** 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: **typ-**

Labor-Nummer	Patientenname/Vorname (oder Initialen)	Geb. Datum (oder Alter)	(Nur vom NRZ auszufüllen)