

An das Nationale Referenzzentrum (NRZ) für gramnegative Krankhauserreger Abteilung für Medizinische Mikrobiologie Ruhr-Universität Bochum Universitätsstraße 150 / Fach 21 44801 Bochum	(Nur vom NRZ auszufüllen) Eingangsdatum: NRZ- Nr.:
Einsender (möglichst <u>Stempelaufdruck</u>): DEMIS-ID Ihres Labors (5-stellig):	Unterschrift: Telefonnummer: E-Mail-Adresse für Befundmitteilung:
Patientenname/Vorname (oder Initialen): <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	Labornummer des Isolates (möglichst <u>Aufkleber</u>):
Geburtsdatum (oder Alter):	Spezies des Isolates:

Datum Probenentnahme:	regionale Zuordnung des Krankenhauses (erste 3 Ziffern der Postleitzahl):
Quelle des Isolates <input type="checkbox"/> Blutkultur <input type="checkbox"/> Urin <input type="checkbox"/> Sputum <input type="checkbox"/> BAL o. Bronchialsekret <input type="checkbox"/> Wundabstrich <input type="checkbox"/> intraabdominale Probe <input type="checkbox"/> Rektalabstrich, Stuhl <input type="checkbox"/> Mund-/Rachenabstrich <input type="checkbox"/> Sonstiges (bitte spezifizieren):	Weitere Angaben zum Patienten/ zur Infektion <input type="checkbox"/> Isolat aus Infektionsprozess <input type="checkbox"/> Isolat kolonisierend <input type="checkbox"/> Isolat stammt aus Ausbruch
zum Zeitpunkt der Probenentnahme liegt Pat. auf: <input type="checkbox"/> Intensivstation <input type="checkbox"/> Normalstation <input type="checkbox"/> ambulant/Notfallaufnahme <input type="checkbox"/> unbekannt	Krankenhausaufenthalt in letzten 6 Monaten: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt
<input type="checkbox"/> Pat. bereits ≥ 2 d im jetzigen Krankenhaus <input type="checkbox"/> Pat. < 2 d im jetzigen Krankenhaus	Auslandsaufenthalt in letzten 6 Monaten: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt <input type="checkbox"/> ja, mit Krankenhausaufenthalt (bitte spezifizieren): <input type="checkbox"/> ja, ohne Krankenhausaufenthalt (bitte spezifizieren):

Anforderung auf: <input checked="" type="checkbox"/> Untersuchung Carbapenemase	Sonstige Anforderungen?
---	--------------------------------

Hinweis: Stammvergleiche sind kostenpflichtig und benötigen den gesonderten Einsendeschein.

Bisherige Untersuchungsergebnisse (soweit durchgeführt) bitte hier eintragen! (Bei *P. aeruginosa* bitte auch Ceftazidim)

	Hemmhof- Durchmesser in Agardiffusion (mm)	MHK (mg/l)	Weitere Testergebnisse (z.B. mCIM, Carba5, CarbaNP, qPCR,...) Bei Enterobacterales und <i>P. aeruginosa</i> ist ein positives phänotypisches oder genotypisches Testergebnis erforderlich!
Imipenem			
Meropenem			
Ertapenem			
Ampicillin-Sulbactam			
Ceftazidim			

Bitte denken Sie auch an das Mitsenden des DEMIS-Meldungs-Barcodes!