

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

<b>Datum Probenentnahme:</b>	<b>regionale Zuordnung des Krankenhauses (erste 3 Ziffern der Postleitzahl):</b>
<b>Quelle des Isolates</b> <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):  <b>zum Zeitpunkt der Probenentnahme liegt Pat. auf:</b> <input type="checkbox"/> Intensivstation <input type="checkbox"/> Normalstation <input type="checkbox"/> ambulant/Notfallaufnahme <input type="checkbox"/> unbekannt  <input type="checkbox"/> Pat. bereits ≥ 2 d im jetzigen Krankenhaus <input type="checkbox"/> Pat. < 2 d im jetzigen Krankenhaus	<b>Weitere Angaben zum Patienten/ zur Infektion</b> <input type="checkbox"/> Isolat aus Infektionsprozess <input type="checkbox"/> Isolat kolonisierend  <input type="checkbox"/> Isolat stammt aus Ausbruch  <b>Krankenhausaufenthalt in letzten 6 Monaten:</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> unbekannt  <b>Auslandsaufenthalt in letzten 6 Monaten:</b> <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:**

<input type="checkbox"/> Mikrodilution Cefiderocol bei Agardiffusionsergebnis innerhalb der ATU <b>Bitte Ihren Cefiderocol-Hemmhof angeben:                      mm</b>
<input type="checkbox"/> Mikrodilution Aztreonam-Avibactam
<input type="checkbox"/> Virulenzgenanalyse bei <i>K. pneumoniae</i> (kostenpflichtig!)
<input type="checkbox"/> Spezies-Identifizierung
<input type="checkbox"/> Sonstiges: