Einsendeschein Stammvergleich

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): DEMIS-ID Ihres Labors (5-stellig):	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:**
Bitte unbedingt angeben: Nähere Angaben zur Herkunft der Isolate. z. B. Name und Ort des **Krankenhauses / der Station**:	Falls Vergleich mit Voreinsendungen aus gleichem Zusammenhang erwünscht, geben Sie bitte hier unsere interne Kennziffer des Vorbefundes an: **typ-**

Die Typisierung erfolgt mittels Ganzgenomsequenzierung (189,47 €/Isolat)

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

Stand: 12.12.2023