



Einsenderetikett/Stempel

Klinik/Praxis _____

Station _____

Ansprechpartner
Telefon _____
Fax _____

Institut für Hygiene
Bereich Krankenhaushygiene
Ansprechpartner
EHEC-Labor
T +49 251 83-55367
F +49 251 83-55688
www.ehec.org

Patientenetikett einkleben oder Patientendaten eintragen

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____ Geschlecht _____

Adresse _____

Patienten ID _____

**Untersuchungsauftrag auf
darmpathogene *E. coli*//EHEC**

Entnahmedatum: _____
Unterschrift
(des Einsenders): _____

Klinische Diagnose/Grunderkrankung _____

Weitere Angaben (bitte Zutreffendes ankreuzen) *n. b. = nicht bekannt

- Krankheitsbeginn (Datum) _____
- Krankheitsdauer <3d 3-7d >7d andauernd
- Hämolytisch-Urämisches Syndrom (HUS) nein ja n. b.*
- Diarrhoe nein ja
- Enteritis nein ja n. b.* rezidivierend
- Fieber nein ja, max. _____ °C n. b.*
- zurzeit andere Infektionen nein ja n. b.* wenn ja, welche: _____
- Immunsuppression nein ja n. b.* wenn ja, wodurch: _____
- laufende Antibiotikatherapie nein ja n. b.* wenn ja, welche: _____

Untersuchungsmaterial (bitte ankreuzen):

Stuhl (mindestens 1 g) Bakterienkultur (ggf. Mischkultur) Erregerisolat (Reinkultur) Analabstrich

Serum (mindestens 500 µl) Vollblut (mindestens 500 µl) Sonstiges: _____

Antikörpernachweis mittels Immunoblot (nur aus Serum oder Vollblut möglich):

O157 Immunoblot (IgM, IgG) _____

Erregernachweis mittels PCR (untersuchte Gene):

EHEC (*stx, eae, rfb O157*) inkl. anschließender Isolierung und Serotypisierung des Erregers***

EPEC (*eae, bfpA*) EAEC (*eag*) EIEC (*ial*) ETEC (*lth, sth*)

Spezialuntersuchungen von Erregerisolaten (nur auf Anfrage):

Shiga Toxin Nachweis*** (mittels Verozell) Shiga Toxin Gen Subtypisierung***

Erregertypisierung mittels Gesamtgenomsequenzierung (NGS) Virulenzgennachweis (bitte spezifizieren)***: _____

Sonstige Untersuchung (bitte spezifizieren): _____

Kostenübernahme/Rechnungsadresse (falls abweichend vom Einsender unbedingt angeben, da wir keine Kassenzulassung haben)

Alle Ergebnisse beziehen sich ausschließlich auf die untersuchten Proben. Ohne schriftliche Genehmigung des Prüflabors darf dieser Befundbericht nicht auszugsweise veröffentlicht werden.
***Parameter außerhalb des Akkreditierungsbereiches