

Einsendeschein EHEC

Institut für Hygiene  
EHEC-Labor  
Robert-Koch-Straße 41  
48149 Münster

T +49 251 83-55367  
F +49 251 83-55688  
[www.ehec.org](http://www.ehec.org)

Konsiliarlabor für  
Hämolytisch-Urämisches  
Syndrom (HUS)



**EINSENDER:**

(Klinik+Station/ Arzt/ Labor)

(Anschrift)

**Ansprechpartner**

(Telefon)

(Fax)

**PATIENT:**

Name, Vorname \_\_\_\_\_

männlich  weiblich  divers

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr. \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort \_\_\_\_\_

Patienten ID \_\_\_\_\_

**Rechnungsempfänger/ Kostenübernahme:** (Pflichtfeld, aufgrund von fehlender Kassenzulassung)

- Einsender  Sonstige:  
 Patient

**Klinische Diagnose/ Symptome:** \_\_\_\_\_

- Krankheitsbeginn (Datum) \_\_\_\_\_ Krankheitsdauer  <3d  3-7d  >7d  andauernd  
 Hämolytisch-Urämisches Syndrom (HUS)  Erbrechen: \_\_\_\_\_  
 Diarrhoe  andere Infektionen: \_\_\_\_\_  
 Enteritis  rezidivierend  Immunsuppression: \_\_\_\_\_  
 Fieber  Antibiotika-Therapie: \_\_\_\_\_

**Untersuchungsmaterial:** (bei Einsendung von Stuhl, Analabstrich, Blut und Serum die Transportzeit von maximal 48 Std. beachten)

- Abnahmedatum:** \_\_\_\_\_  unbekannt  
 Stuhl (Röhrchen zu 1/3 füllen)  Vollblut (mindestens 500µl)  
 Bakterienkultur (ggf. Mischkultur)  Serum (mindestens 500µl)  
 Erregerisolat (Reinkultur)  Sonstiges: \_\_\_\_\_  
 Analabstrich

**Erregernachweis mittels PCR:** (nicht aus Serum oder Vollblut möglich)

- EHEC/EPEC inkl. Shiga Toxin  ETEC  Sonstiges: \_\_\_\_\_  
 EAEC  EIEC/ Shigella spp  
 inkl. anschließender Isolierung und molekularbiologischer Charakterisierung (Shiga Toxin Subtyp, Intimin Subtyp, Sequenztyp, Serotyp) des Erregers\*\*\*

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

- O157 Immunoblot (IgM, IgG)

\*\*\*Parameter außerhalb des Akkreditierungsbereiches

**Datum, Unterschrift**

Erstellt von	Geprüft von	Freigegeben von/am	Seite
Adolf, Tanja	Middendorf-Bauchart, Barbara(inhaltlich) Adolf, Tanja(formal)	Kampmeier, Stefanie am 07.04.2022	1 von 1