



Institut für Medizinische Mikrobiologie und Virologie, Direktor Prof. Dr. med. Florian Gunzer

Konsiliarlabor für Legionellen
Institut für Medizinische Mikrobiologie
Fiedlerstrasse 42
01307 Dresden

Telefon-Auskunft:
Dr. M. Petzold: 0351-458-14339
Labore: 0351-458 16554, -16213

Telefax: 0351 458-6311
E-Mail: legionella.labor@uniklinikum-dresden.de.

Einsender: unbedingt angeben

Klinisch-epidemiologische Daten zum Patienten:

Patientenname oder Initialen _____	Beginn der Erkrankung (Tag/Monat/Jahr) _____		
Geb.-Datum: _____	Wohnsitz (Stadt) _____		
ggf. Proben-ID: _____	<input type="checkbox"/> gesund entlassen/ <input type="checkbox"/> verstorben/ <input type="checkbox"/> noch krank / <input type="checkbox"/> unbekannt		
männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/>	Grundleiden: <input type="checkbox"/> Tumor/ <input type="checkbox"/> Organtransplantation/ <input type="checkbox"/> Immunsup. Therapie/ <input type="checkbox"/> Corticosteroid		
	Antibiotikatherapie: seit: _____ Antibiose: _____		
Kontakte	Name:	Ansprechpartner Telefon/Fax	E-mail:
Gesundheits-Amt: vollständige Adresse			
Rechnungsträger: vollständige Adresse:			
Epidemiologische Klassifikation der Erkrankung		Bitte ankreuzen (ggf. Bemerkungen/Details anführen)	
Ambulant: (Aufnahme ins Krankenhaus mit Pneumonie)		<input type="checkbox"/>	
Sicher nosokomial: (Erkrankung ≥ 10 Tage nach KH Aufnahme)		<input type="checkbox"/>	
Wahrscheinlich nosokomial: (Erkrankung 2-10 Tage nach Aufnahme)		<input type="checkbox"/>	
Reise-assoziiert: Reise im Zeitraum 2-10 Tage vor Erkrankung		<input type="checkbox"/> Hotel /Land wenn bekannt	
Vorbefunde Mikrobiologische Diagnostik/ Verfahren		Ergebnis (Bitte ankreuzen bzw. ergänzen)	
Isolat Patient / Typisierung siehe auch unten		<input type="checkbox"/> pos.	<input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/> Nicht getestet
Urin-Antigen-Test (Firma: _____)		<input type="checkbox"/> pos.	<input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/> Nicht getestet
PCR im resp. Material (Testsystem: _____)		<input type="checkbox"/> pos.	<input type="checkbox"/> neg. <input type="checkbox"/> Nicht getestet
Eingesandtes Material und Gewünschte Untersuchung:		Spezies	Serogruppe, monoklonale (MAb)- Subgruppe
Respiratorisches Material Vom (Datum)	Material:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patientenisolat Vom (Datum)	Isoliert aus :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
DNS aus respiratorisches Mat. Vom (Datum)	Isoliert aus :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urin Vom (Datum)			<input type="checkbox"/>