



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

Konsiliarlabor für Legionellen  
Institut für Medizinische Mikrobiologie  
Fetscherstraße 74  
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](mailto:legionella.labor@uniklinikum-dresden.de)

**Einsender:**

*Telefonnummer unbedingt angeben*

**Klinisch-epidemiologische Daten zum Patienten:**

Kontakte	Name, vollständige Adresse	Ansprechpartner Telefon/ E-mail
<b>Gesundheits-Amt:</b>		
<i>Bitte unbedingt angeben, damit eventuelle Umweltproben dem Patienten zugeordnet werden kann. Ggf. vom Gesundheitsamt ausfüllen lassen</i>	<b>Informationen zum Patient:</b>	
	Name: _____ Geb. Datum: _____	
	Aktenzeichen GA: _____ Proben-Nummer: _____	
	DEMIS ID (med. Labor): _____ Geschlecht: m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/>	
	Bitte die letzte Seite der <b>DEMIS Labor-Meldung mitschicken</b> (Weitergabe der Probe an andere Labore gemäß DEMIS Lifecyclemanagement)	
<b>Informationen zur Erkrankung:</b>		
Beginn der Erkrankung (Tag/Monat/Jahr) _____		
Wohnsitz (Stadt) _____		
<input type="checkbox"/> gesund entlassen / <input type="checkbox"/> verstorben / <input type="checkbox"/> noch krank / <input type="checkbox"/> unbekannt		
<b>Grundleiden:</b> <input type="checkbox"/> Tumor / <input type="checkbox"/> Organtransplantation / <input type="checkbox"/> Immunsup. Therapie / <input type="checkbox"/> Corticosteroid		
<b>!! Antibiotikatherapie seit:</b> _____ <b>Antibiose:</b> _____		

Epidemiologische Klassifikation der Erkrankung	Bitte ankreuzen (ggf. Bemerkungen/Details anführen)
<b>Ambulant:</b> (Aufnahme ins Krankenhaus mit Pneumonie)	<input type="checkbox"/>
<b>Sicher nosokomial:</b> (Erkrankung $\geq 10$ Tage nach KH Aufnahme)	<input type="checkbox"/>
<b>Wahrscheinlich nosokomial:</b> (Erkrankung 2-10 Tage nach Aufnahme)	<input type="checkbox"/>
<b>Reise-assoziiert:</b> Reise im Zeitraum 2-10 Tage vor Erkrankung (Hotel /Land wenn bekannt)	<input type="checkbox"/>
<b>Reise ID (RKI)</b>	

<b>Vorbefunde Mikrobiologische Diagnostik/ Verfahren</b>		<b>Ergebnis</b> (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
<b>Eingesandtes Material und Gewünschte Untersuchung:</b>		Spezies	Serogruppe, monoklonale (MAb)- Subgruppe	Genotyp/ Sequenztyp
<b>Respiratorisches Material</b> Vom (Datum)	Material:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Patientenisolat</b> Vom (Datum)	Isoliert aus :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>DNS aus respiratorisches Mat.</b> Vom (Datum)	Isoliert aus :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Urin</b> Vom (Datum)			<input type="checkbox"/> *	

\*: Analyse nur bei ausreichender Antigenmenge. Diese wird durch uns bestimmt.

**Anmerkungen:**

**Die Bearbeitung von Patientenmaterial ist kostenfrei.**