



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*

## Typisierung von Umweltproben im Zusammenhang mit einer Erkrankung:

<b>Informationen zum Patienten</b>  <i>Bitte unbedingt angeben, damit Umweltprobe zum Patienten zugeordnet werden kann. Ggf. vom Gesundheitsamt ausfüllen lassen</i>	Name/Initialen/Geburtsdatum: _____	
	Aktenzeichen GA: _____ DEMIS ID (wenn bekannt): _____	
<b>Kontakte</b>	<b>Name und vollständige Adresse</b>	<b>Ansprechpartner Telefon / E-mail</b>
<b>Gesundheits-Amt</b>		
<b>Rechnungsträger</b>		

Umweltprobe ID	KbE/100ml	Spezies	Serogruppe, monoklonale (MAb)- Subgruppe	Genotyp/ Sequenztyp
<b>ID:</b> Trinkwasser <input type="checkbox"/> Entnahmedatum: _____ Kühlwasser <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>ID:</b> Trinkwasser <input type="checkbox"/> Entnahmedatum: _____ Kühlwasser <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>ID:</b> Trinkwasser <input type="checkbox"/> Entnahmedatum: _____ Kühlwasser <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>ID:</b> Trinkwasser <input type="checkbox"/> Entnahmedatum: _____ Kühlwasser <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Die Typisierung von Umweltisolaten wird in Rechnung gestellt.**

