## Einsendeschein für krankenhaushygienische Untersuchungen

Zurück an:
**Institut für Hygiene**
**Krankenhaushygiene-Labor**
**Domagkstr. 40**

**48149 Münster**

Institut für Hygiene

**Bereich Krankenhaushygiene**

Kontakt
**Krankenhaushygiene-Labor**
T +49 251 83-55349
F +49 251 83-55688

| **eingesendet von (bitte ausfüllen)** | **Kontaktdaten (Name):** |
|---|---|
| Stempel | **Telefon:** |

| **Untersuchungsmaterial** | Datum der Probenahme: |
|---|---|
| ☐ Abklatsch/RODAC ☐ Schwamm<br>☐ Abstrich<br>☐ Kontrollabstrich ___ ☐ MRSA-Screening (Personal)<br>☐ Screening (Personal) Sonstiges _____<br>☐ Desinfektionslösung<br>☐ Lebensmittel<br>☐ Sonstiges (bitte spezifizieren): _____ | Probenehmende Person (deutlich lesbar)<br><br>**Unterschrift** |

| **Fragestellung** | **weitere, für die Untersuchung relevanten Informationen** (z. B. Status, Kontaktpatient*in, genaue Angaben zu Station) |
|---|---|
| | |

| **Genaue Probenbezeichnung** | **Labor-Nummer (intern)** |
|---|---|
| | **Bitte dieses Feld nicht beschriften!** |
| | **Bitte dieses Feld nicht beschriften!** |
| | **Bitte dieses Feld nicht beschriften!** |
| | **Bitte dieses Feld nicht beschriften!** |