



EOLAB - Servizio di microbiologia
CENTRO NAZIONALE DI REFERENZA PER LEGIONELLA

via Mirasole 22A, 6500 Bellinzona
 Tel. 091 811 17 17
www.legionelle.ch

Einsendung von klinischen Proben oder Stämmen
von *Legionella spp.*
Bestätigung – Kultur – PCR – Identifizierung – Typisierung

Patient

Name: _____ Vorname: _____
 Geboren am: ____/____/____ Geschlecht: m w
 Strasse: _____ Nr.: _____
 PLZ: _____ Wohnort: _____

Entnahme Art und gewünschte Analysen

Ihre interne Referenz Nr. _____ Entnahmedatum: ____/____/____

	Sputum	Aspirat	BAL	DNA	Urin	klinischer Stamm	Umweltstamm
Kultur <i>Legionella spp.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
PCR <i>Legionella spp.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Antigen Bestätigung					<input type="checkbox"/>		
Identifizierung/Typing						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges (bitte angeben)							

Bereits durchgeführte Analysen im eigenen Labor

Antigen im Urin positiv negativ nicht ausgeführt Datum ____/____/____
 PCR Legionellen positiv negativ nicht ausgeführt Datum ____/____/____
 Kultur positiv negativ nicht ausgeführt Datum ____/____/____
 Identifizierung Lpn Lp1 Lp2-14 L.spp. Datum ____/____/____
 Sonstiges (bitte angeben) _____

Einsender:

Stempel oder Name und Adresse

Resultatlieferung über:

- A Post
- Fax*: _____
- Email (HIN)*: _____

*Der Auftraggeber garantiert die Vertraulichkeit der Übermittlung