

Auftragsnummer (wird vom Institut ausgefüllt)

**BEGLEITSCHIN  
MYKOBAKTERIOLOGIE  
Kultureinsendung**

Eingangsdatum (wird vom Institut ausgefüllt)

Name:

Soz. Vers. Nr.:

Vorname:

Geb. Dat.:

Geschlecht:

Wohnadresse:

Interne Auftragsnummer des Einsenders:

AZ Einsender:

**Material:**

**Abnahmedatum:**

Bitte Organ (z.B. Lunge/Leber) und/oder den Entnahmeort (z.B. supraclaviculär rechts) angeben:

**Eingesandte Kultur:**

Flüssigkultur MGIT:      gerätepositiv am:

Löwenstein-Jensen Agar: positiv am:

Stonebrink Agar:      positiv am:

**Gewünschte Untersuchung**

**Typisierung *M. tuberculosis complex***

Resistenzbestimmung phänotypisch

Resistenzbestimmung gentechnisch  
(Rifampicin rpoB-Gen, Isoniazid katG + inhA-Gen)

**Typisierung NTM**

**Resistenzbestimmung NTM**

Sonstiges

Datum:

Stempel/Unterschrift: