

Auftragsnummer (wird vom Institut ausgefüllt)

**BEGLEITSCHIN  
MYKOBAKTERIOLOGIE  
Primärmaterial**

Eingangsdatum (wird vom Institut ausgefüllt)

Name:

Soz. Vers. Nr.:

Vorname:

Geb. Dat.:

Geschlecht:

Wohnadresse:

Interne Auftragsnummer des Einsenders:

Mukoviszidose

Verdacht NTM

HIV-Infektion

Vorbefund NTM

Immunsuppression

Vorbefund TB

Verlaufskontrolle TB

Kommentar:

**Material:**

**Abnahmedatum:**

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

## Gewünschte Untersuchung Primärmaterial

Mikroskopie (Ziehl-Neelsen Färbung)

Gentechnischer Nachweis - PCR (M. tuberculosis complex DNA)

Gentechnischer Nachweis - PCR (NTM)

Kultur

Sonstiges:

Datum:

Stempel/Unterschrift: