

BEGLEITSCH E I N
für die Einsendung von Stuhlproben zur Enterovirus-Überwachung
im Rahmen des WHO-Eradikationsprogramms

Einsender	Kontaktperson/behandelnder Arzt: Tel.Nr.: Fax Nr.: Die allgemeinen Geschäftsbedingungen der AGES i.d.g.F (abzurufen unter: www.ages.at) werden akzeptiert. Datum: Unterschrift:
-----------	---

Eingesandtes Material: <input type="checkbox"/> Stuhl	Entnommen am:
---	---------------

Patientendaten (Klebeetikette)	
Familien-/Nachname(n):	Vorname(n):
SV-Nummer und Geburtsdatum:	Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Adresse:	

Klinische Daten:	
Erkrankungsbeginn:	Grundkrankheit:
<input type="checkbox"/> Meningitis <input type="checkbox"/> HFM-Syndrom <input type="checkbox"/> andere neurologische Symptome:	

<u>Von der Referenzzentrale auszufüllen:</u> Prot.-Nr.: _____ eingelangt am: _____
--