

Prof. Dr. C. von Eichel-Streiber

tgcbIOMICS GmbH

Carl-Zeiss-Strasse 51

D-55129 Mainz

Untersuchungsauftrag

für die Untersuchung von *Clostridium difficile* Isolaten auf den hypervirulenten Ribotyp 027

Einsender

Adresse

PLZ Ort

Telefon-Nr.

Fax-Nr.

Rechnungsempfänger (falls abweichend)

Adresse

PLZ Ort

Telefon-Nr.

Fax-Nr.

Patientendaten

Name	Vorname	Geburtsdatum
Straße		
PLZ	Wohnort	

Berechnungsart

Privat

Kasse stationär

Kasse ambulant

Probe (zutreffendes bitte ankreuzen)

Stuhl Abstrich Isolat/Kultur

Sonstige: _____

Klinische Angaben/besondere Fragestellungen

Ansprechpartner bei Rückfragen

Name	Telefon-Durchwahl

Kostenübernahmeerklärung

Die Kosten für die oben genannte Untersuchung werden durch unsere Einrichtung übernommen.

Datum Name (Druckbuchstaben) Unterschrift