**Campylobacter Einsendeformular**

**Nationale ReferenzZentrale FÜR Campylobacter**

Nationale Referenzzentrale für Campylobacter

AGES IMED Graz

Zentrum für lebensmittelbedingte Infektionskrankheiten

Beethovenstraße 6, 8010 Graz, [www.ages.at](http://www.ages.at/)

Kontakt: Dr. Sandra Köberl-Jelovcan

Tel. +43 (0)50555 – 61217, Fax +43 (0)50555 - 61208

humanmed.graz@ages.at oder sandra.koeberl-jelovcan@ages.at

 

(vom NRLC auszufüllen)

# Eingangsdatum, NRLC-Protokollnummer, VersandmaterialEinsenderinformationen (Name, Adresse, Telefonnummer, Fax)

| Bitte geben Sie hier Name, Adresse, Telefonnummer, usw. ein |
| --- |

Angaben zum Einsender/ zur Probe

Einsender-Probencode: Probencode

[ ]  amtlich § 36 LMSVG [ ]  amtlich § 37 LMSVG, Monitoring, Aktion: Monitoring/Aktion

[ ]  § 38 Absatz 1 Zeile 6 LMSVG, Unternehmer

[ ]  § 38 Absatz 1 Zeile 6 LMSVG, Labor im Auftrag des Unternehmers

 Auftraggeber: Name und Adresse des Auftraggebers

[ ]  § 74 LMSVG, Labor ohne Beauftragung des Unternehmers

Herkunft

[ ]  Lebensmittelisolat

[ ]  Umgebungsprobe (Tupfer) [ ]  Umgebungsprobe sonstiges: Sonstiges hier eintragen

Isolat aus Lebensmittel (falls zutreffend)

Bezeichnung der Probe: Sachbezeichnung/ Produktname

Warengruppe: [ ]  0401 [ ]  0402 [ ]  0101 [ ] 0102 [ ]  andere: Sonstiges hier eintragen
[ ]  frisch [ ]  tiefgekühlt

Herkunftsland des Produktes: [ ]  Österreich [ ]  EU-Mitgliedsland [ ]  Drittland [ ]  nicht bekannt

Ort der Probennahme:[ ]  Einzelhandel [ ]  Supermarkt [ ]  Großküche
 [ ]  Sonstiges: hier eintragen

Datum der Probennahme: TT.MM.JJJJ

Isolat von Umgebungsproben (falls zutreffend)

Ort der Probenziehung (Schlachthof, Küche, usw.): Ort hier eingeben

Stelle der Probenziehung (Arbeitsfläche, usw.): Stelle hier eingeben

Anmerkungen: Anmerkungen hier eingeben

Epidemiologie

Besteht der Verdacht eines lebensmittelassoziierten Ausbruchs? Ausbruch eingeben

Anmerkungen: zusätzliche Anmerkungen hier eingeben

Optional

Produkthersteller oder Produktvertreiber: Hersteller oder Vertreiber

Bundesland der Probennahme:[ ]  B [ ]  K [ ] NÖ [ ]  OÖ [ ]  Stmk [ ]  T [ ]  V [ ]  W [ ] S

Befund erwünscht: [ ]  ja [ ]  nein