

Österreichische Agentur für Gesundheit und Ernährungssicherheit GmbH
Bakteriologisch-serologische Untersuchungen Wien



Nationale Polio-Referenzzentrale

Leiter: Univ.-Prof. Dr. med. Günther Wewalka
A-1096 Wien, Währinger Straße 25a, Postfach 91, Telefon (01) 405 15 57-0* - Telefax (01) 402 39 00
e-mail: bbsuawien@aon.at, DVR: 0014541

AFP-Meldeformular Nr. 3

Einsender (Stempel)

Eingangsdatum:

Protokollnummer:

Kontaktperson _____

Begleitschein

zur Einsendung von Stuhlproben zur virologischen Untersuchung im Rahmen der WHO-Initiative zur Ausrottung der Poliomyelitis *)

Name des Patienten	Geschlecht w / m	Geburtsdatum
Anschrift	Verwaltungsbezirk	
Ort der Erkrankung	Krankheitsbeginn	
Klinische Diagnose	Arzt (Name, Unterschrift)	

Stuhlproben

Nr. 1 <input type="checkbox"/>	Abnahmedatum	Uhrzeit
Nr. 2 <input type="checkbox"/>	Abnahmedatum	Uhrzeit
Nr. 3 <input type="checkbox"/>	Abnahmedatum	Uhrzeit

*) Gefordert sind mindestens zwei Stuhlproben (2 g oder 2 ml), die innerhalb von 14 Tagen nach Beginn der Lähmung im Abstand von mindestens 24 Stunden abgenommen werden.

Datum

Unterschrift des behandelnden Arztes

Virologischer Befund
(von der Untersuchungsanstalt auszufüllen)

	kein Nachweis von Enteroviren	Nachweis von Enteroviren	Differenzierung
Nr. 1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nr. 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nr. 3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Datum
Untersuchungsanstalt

Unterschrift und Stempel der