

**Einsendeschein Spa-Typing (S. aureus/MRSA)**
**Institut für Hygiene  
 Sequenzier-Labor  
 Robert-Koch-Str. 41**
**48149 Münster**
**Institut für Hygiene Bereich Krankenhaushygiene**
**Ansprechpartner Sequenzier-Labor**  
 T +49 251 83-59954  
 F +49 251 83-55688  
[sequencing@ukmuenster.de](mailto:sequencing@ukmuenster.de)
**Einsendeschein**
**Spa-Typing (S. aureus/MRSA)**
**Einsender/ Sender**
**Titel/Title**
**Kundennummer/  
 Customer-Account**
**Nachname/Name**
**Vorname/  
 Surname**
**Station/Ward**
**Abteilung/  
 Department**
**Institution/Institution**
**Gesundheitsamt/  
 Public health Department**
**Amtsarzt/  
 Public health officer**
**Straße/Street**
**PLZ /  
 ZIP-Code**
**Stadt/City**
**Telefon/Phone**
**Fax**
**E-mail**

 Rechnungsanschrift/Invoice address  
 (falls abweichend vom Einsender/ if different from sender)

**Nachname/Name**
**Vorname/Surname**
**Institution/Institution**
**Abteilung/  
 Department**
**Straße/Street**
**PLZ/ZIP-Code**
**Stadt/City**
**Land/Country**
**Datum/Date**
**Unterschrift/Sign**

## Einsendeschein Spa-Typing (S. aureus/MRSA)

Nr./ No.	Probename/ Samplename	Abnahme- datum/ Isolationdate	Untersuchungs- material/ Specimen	Kranken- haus	
1					Bitte dieses Feld nicht beschriften! Please leave this field free!
2					Bitte dieses Feld nicht beschriften! Please leave this field free!
3					Bitte dieses Feld nicht beschriften! Please leave this field free!
4					Bitte dieses Feld nicht beschriften! Please leave this field free!
5					Bitte dieses Feld nicht beschriften! Please leave this field free!
6					Bitte dieses Feld nicht beschriften! Please leave this field free!
7					Bitte dieses Feld nicht beschriften! Please leave this field free!
8					Bitte dieses Feld nicht beschriften! Please leave this field free!