



Nationales Referenzzentrum für Influenza

Nordufer 20, 13353 Berlin

Tel.: 01888-754-2456, 2464, 2205

Fax: 01888-754-2605 e-mail: SchweigerB@rki.de

Ansprechpartner: Dr. B. Schweiger

Einsender	

NRZ-Nr:

MYOSITISUNTERSUCHUNG

Patientenangaben

Name, Vorname: _____
Geschlecht: <input type="checkbox"/> Männl. <input type="checkbox"/> Weibl.
Geburtsdatum: ____/____/____(Tag/Monat/Jahr)
Anschrift: Strasse: _____ Wohnort: _____
Bundesland: _____

Proben entnommen am: ____/____/____
Wurde eine antivirale Therapie/Prophylaxe eingeleitet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Weiß nicht
Wenn ja:
a) wann: ____/____/____
b) welches Medikament? _____