LABOR-MELDEFORMULAR

Nachweise von Krankheitserregern gemäß §§ 7, 8, 9 IfSG

Bitte separates Meldeformular des Robert Koch-Instituts für Meldungen gemäß § 7 Abs. 3 IfSG bei Nachweis von *Echinococcus* spp., HIV, *Plasmodium* spp., *Toxoplasma gondii* (konnatale Infektion) sowie *Treponema pallidum* nutzen.

Vertraulich

Gesundheitsamt

Straße

PLZ Ort

Tel.: Fax:

Meldendes Labor / Meldende Untersuchungsstelle

.....
Labor / Untersuchungsstelle

.....
Straße und Hausnummer

....
PLZ Ort

....
Meldende Person Telefon

E-Mail ..... Datum: ..... / ..... / .....
Tag Monat Jahr

Patient/in

Name, Vorname: ..... ☐ Weiblich ☐ Männlich Geburtsdatum: ..... / ..... / .....
Tag Monat Jahr

Hauptwohnsitz: ..... PLZ: ..... Ort: .....
Straße und Hausnummer

Derzeitiger Aufenthaltsort:..... PLZ: ..... Ort: .....
(*falls abweichend*) Straße und Hausnummer

Labordiagnostischer Untersuchungsbefund

Krankheitserreger / Untersuchungsbefund: .....
(exakte Angaben zu Spezies, Serovar, Pathovar, Toxintyp, Resistenzen, etc., soweit durchgeführt)

Untersuchungsmaterial:..... Eingangsdatum des Materials: ..... / ..... / ...
Tag Monat Jahr
.....

..... Labornummer: .....
(bei mehreren Materialien bitte kennzeichnen welche Nachweismethode für welches Material verwendet wurde)

Nachweismethode: Nur bei positivem Befund ankreuzen (Angaben gemäß § 9 Abs. 2 Nr. 7 IfSG zwingend erforderlich, s. Rückseite)

Serologischer Nachweis

	Einzelner deutlich erhöhter Wert	Deutliche Änderung zwischen 2 Proben
IgM	☐	☐
IgG	☐	☐
IgA	☐	☐
Antikörpernachweis (ohne Differenzierung der Immunglobulinklasse)	☐	☐
Andere/nähere Bezeichnung*	☐	☐

.....
* (z.B. intrathekal gebildete Antikörper)

Zusatztest .....
(z.B. Immunblot, HBsAg-NT)

Toxinnachweis

☐ direkter Toxinnachweis

☐ Nachweis des Toxingens (z.B. PCR)

☐ indirekter (serologischer) Toxinnachweis

Virulenzfaktornachweis

☐ eae ☐ ipaH ☐ andere .....

Direkter Erregernachweis

☐ Antigennachweis

.....
(z.B. HBs-Antigen)

☐ Erregerisolierung (kulturell) / Virusisolierung

.....
(z.B. Ergebnis der (Spezies-)Identifizierung/Typisierung)

☐ Mikroskopischer Nachweis

.....
(z.B. gram-negative Diplokokken, *Trichinella*-Larven)

☐ Elektronenmikroskopie

☐ Nukleinsäurenachweis (z.B. PCR)

Histologischer Nachweis/Histopathologischer Befund

Befund:

Nachweis der Methicillin-Resistenz bei *S. aureus*

(Meldepflicht nur bei Nachweisen aus Blut / Liquor)

☐ Empfindlichkeitsprüfung

☐ MecA-Gen-Nachweis

Nachweis der Carbapenem-Resistenz bei *Acinetobacter spp.* oder Enterobacteriaceae

☐ Empfindlichkeitsprüfung (bitte Antibiogramm der Meldung beifügen)

☐ Nachweis einer Carbapenemase: .....
(bitte Carbapenemase angeben)

Einsendende/r Ärztin/Arzt bzw. einsendendes Krankenhaus

.....
Name der Einrichtung

....
Name der einsendenden Person Telefon

....
PLZ Ort

Interpretation des Befundes, evtl. zusätzliche Informationen

Version 22.08.2016 LAGeSo Berlin