**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.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Version 21.02.2022** | **Vertraulich**GesundheitsamtStraßePLZ OrtTel.: Fax: | **Meldendes Labor / Meldende Untersuchungsstelle**………………………………………………………………….………………………………………………Labor / Untersuchungsstelle………………………………………………………………….………………………………………………Straße und Hausnummer……………………… ………………………….…………………………………………………………PLZ Ort………………………………………………… …….………………………………………………………Meldende Person TelefonE-Mail ………………………………………………………………………… Datum: …… / …… / …… Tag Monat Jahr |
| **Patient/in**Name, Vorname: ……………………………………………………………… 🔿 Weiblich 🔿 Männlich Geburtsdatum: …… / …… / …… Tag Monat JahrHauptwohnsitz: ………………………………………………………………… PLZ: ……… Ort: ………………………………………………………. Straße und HausnummerDerzeitiger 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) |
| **Serologischer Nachweis** Einzelner deutlich Deutliche Änderung erhöhter Wert zwischen 2 ProbenIgM 🔿 🔿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***🔿 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**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |