**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**  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) | |
| **Serologischer Nachweis**  Einzelner deutlich Deutliche Änderung  erhöhter Wert 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***  🔿 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**  ……………………………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………… |