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

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

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 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*

❍ 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 21.02.2022