

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.

| | | | |
|--|--|--|--|
| Gesundheitsamt – vertraulich – | | Meldendes Labor / Meldende Untersuchungsstelle | |
| Telefon | | Labor / Untersuchungsstelle | |
| Fax | | Straße und Hausnummer | |
| zuständiges Gesundheitsamt | | PLZ | |
| Straße und Hausnummer | | Ort | |
| PLZ | | Meldende Person | |
| Ort | | Telefon | |
| | | E-Mail | |
| | | Datum: / / | |
| | | Tag Monat Jahr | |
| Patient/in Name, Vorname | | | |
| weibl. männl. divers 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, s. Rückseite) | | | |
| Serologischer Nachweis | | Direkter Erregernachweis | |
| Einzelner deutlich erhöhter Wert | | Deutliche Änderung zwischen 2 Proben | |
| IgM <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | |
| IgG <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | |
| IgA <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | |
| Antikörpernachweis <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | |
| (ohne Differenzierung der Immunglobulinklasse) | | | |
| Andere/nähere Bezeichnung* <input type="radio"/> | | <input type="radio"/> | |
| | | | |
| * (z.B. Intrahekal gebildete Antikörper) | | <input type="radio"/> | |
| Zusatztest | | <input type="radio"/> | |
| (z.B. Immunblot, HBsAg-NT) | | Elektronenmikroskopie | |
| Toxinnachweis | | <input type="radio"/> | |
| <input type="radio"/> direkter Toxinnachweis | | Nukleinsäurenachweis (z.B. PCR) | |
| <input type="radio"/> Nachweis des Toxingens (z.B. PCR) | | | |
| <input type="radio"/> indirekter (serologischer) Toxinnachweis | | | |
| Virulenzfaktornachweis | | Histologischer Nachweis/Histopathologischer Befund | |
| <input type="radio"/> eae <input type="radio"/> ipaH <input type="radio"/> andere | | | |
| | | Methicillinresistenz-Nachweis bei <i>S. aureus</i> | |
| | | <input type="radio"/> Empfindlichkeitsprüfung | |
| | | <input type="radio"/> MecA-Gen-Nachweis | |
| | | Nachweis der Carbapenem-Resistenz bei <i>Acinetobacter</i> spp. oder Enterobacterales | |
| | | <input type="radio"/> Empfindlichkeitsprüfung (bitte Antibiogramm der Meldung beifügen) | |
| | | <input type="radio"/> Nachweis einer Carbapenemase: | |
| | | (bitte Carbapenemase angeben) | |
| Einsendende/r Ärztin/Arzt bzw. einsendendes Krankenhaus | | Interpretation des Befundes, evtl. zusätzliche Informationen | |
| Name der Einrichtung | | | |
| Name der einsendenden Person | | | |
| Telefon | | | |
| PLZ | | | |
| Ort | | | |