

# Labor-Meldeformular

Meldepflichtige Nachweise von Krankheitserregern  
gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG) §§ 7, 8, 9  
und der sächsischen IfSGMeldeVO §§ 2, 3\*

Patient

Name, Vorname, Hauptwohnsitz  
Kontaktdaten (Telefon, Email)

geb. am

derzeitiger Aufenthaltsort (falls abweichend)

An das Gesundheitsamt

(Anschrift, Telefon, Fax)

männlich

weiblich

Labor-Nr. / Untersuchungs-Nr.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Erkrankungstag

Tag	Monat	Jahr

Art des Untersuchungsmaterials

--

Entnahmetag

Tag	Monat	Jahr

Einsender (Arzt /Ärztin  
bzw. Krankenhaus)

--

Anschrift / Tel. / Fax

--

Eingangsdatum

Tag	Monat	Jahr

**Nachweismethode:** Nur bei positivem Befund ankreuzen! (Angaben nach § 9 Abs. 2 Nr. 7 IfSG zwingend erforderlich, siehe Rückseite)

- |   |  |
|---|--|
| 1. <input type="checkbox"/> Erregerisolierung/Kultur                                  | 2. <input type="checkbox"/> Mikroskopischer Nachweis                                     |
| 3. <input type="checkbox"/> Antigen-Nachweis  | 4. <input type="checkbox"/> Nukleinsäure-Nachweis (z.B. PCR)                             |
| 5. <input type="checkbox"/> IgM-Antikörper-Nachweis                                   | 6. <input type="checkbox"/> Deutliche Änderung zwischen 2 Proben bei Antikörper-Nachweis |
| 7. <input type="checkbox"/> Einmaliger deutlich erhöhter Wert bei Antikörper-Nachweis | 8. <input type="checkbox"/> Antikörper-Nachweis  |
| 9. <input type="checkbox"/> Erhöhter Liquor/Serum-Antikörper-Index                    | 10. <input type="checkbox"/> Toxin-Nachweis  |
| 11. <input type="checkbox"/> Nachweis der Gene von Toxinen/Virulenzfaktoren           | 12. <input type="checkbox"/> Histologie  |
| 13. <input type="checkbox"/> Subspezies-/Serovar-Bestimmung/Genotypisierung           | 14. <input type="checkbox"/> Andere Nachweismethoden, welche: .....                      |

Untersuchungsergebnis einschließlich Typisierungsergebnis

Interpretation des Befundes

Zugehörigkeit zu einer Erkrankungshäufung

Bitte Rückseite beachten!

Datum, Unterschrift des Meldenden

Stempel / Telefon

Die namentliche Meldung des Nachweises eines Krankheitserregers an das Gesundheitsamt ist nur dann vorzunehmen, wenn mindestens eine der nachstehenden Nachweismethoden ein positives Ergebnis erbrachte (Nummernschlüssel siehe Vorderseite)

Erreger	Nr.-Schlüssel	Erreger	Nr.-Schlüssel
Adenovirus	1, 3, 4	Lassavirus	1, 3, 4, 5, 6
Arbovirus	1, 2, 3, 4, 5, 6	Legionella spp. <sup>n)</sup>	1, 3, 4, 6, 7
Astrovirus	1, 2, 3, 4	Leptospira spp., humanpathogen <sup>p)</sup>	1, 4, 5, 6, 7
Bacillus anthracis <sup>s)</sup>	1, 3, 4, 6	Listeria monocytogenes <sup>a), b)</sup>	1, 4
Bordetella pertussis / B. paraptussis <sup>q)</sup>	1, 4, 6, 7	Marburgvirus	1, 3, 4, 5, 6
Borrelia burgdorferi <sup>f)</sup>	1, 4, 8, 9	Masernvirus	1, 3, 4, 5, 6
Borrelia recurrentis	1, 2, 4	Mumpsvirus	1, 3, 4, 5, 6, 9
Brucella spp.	1, 4, 5, 6, 7	Mycobacterium leprae	4 und 2, 4 und 7, 4 und 12
Campylobacter spp., darmpathogen <sup>p)</sup>	1, 3	Mycobacterium tuberculosis-Komplex	1, 2 und 4
Chikungunya-Virus	1, 3, 4, 5, 6	Mycoplasma hominis	1, 4
Chlamydia psittaci <sup>m)</sup>	1, 4, 6, 7, 8	Mycoplasma pneumoniae	1, 3, 4, 5, 6
Chlamydia trachomatis <sup>c)</sup>	1, 3, 4	Neisseria gonorrhoeae <sup>c), i)</sup>	1, 2, 4
Clostridium botulinum oder Toxinnachweis <sup>t)</sup>	1, 4, 10	Neisseria meningitidis <sup>b), p)</sup>	1, 2, 3, 4
Clostridium tetani	1 und 10, 10	Norovirus	2, 3, 4
Corynebacterium spp., Diphtherie-Toxin bildend	1 und 10/11	Parainfluenzavirus	1, 3, 4
Coxiella burnetii	1, 4, 5, 6	Parvovirus B19	1, 4, 5, 6
Cryptosporidium spp.	2, 3, 4	Plasmodium spp. <sup>d), p)</sup>	2, 3, 4
Cytomegalievirus	1, 3, 4, 5, 6, 12	Poliovirus	1 und 13, 4, 6
Dengue-Virus	1, 3, 4, 5, 6	Rabiesvirus	1, 3, 4
Ebolavirus	1, 3, 4, 5, 6	Rickettsia prowazekii	3, 4, 5, 6
Echinococcus spp. <sup>d), g)</sup>	2, 4, 8, 12, 14	Rotavirus	2, 3, 4
Entamoeba histolytica <sup>h)</sup>	2, 3, 4, 8, 12	RS-Virus	1, 3, 4, 5, 6
Enterovirus spp.	1, 4, 5, 6, 9	Rubellavirus <sup>r)</sup>	1,3,4,5,6,9/ 1*,3*,4*,5*,8*,9*
Escherichia coli, enterohämorrhagische Stämme (EHEC) <sup>p), v)</sup>	1 und 10/11, 3 und 10	Salmonella Paratyphi <sup>p)</sup>	1
Escherichia coli, sonstige darmpathogene Stämme	1 und 10/11 und 13	Salmonella Typhi <sup>p)</sup>	1
Francisella tularensis	1, 3, 4, 6, 7	Salmonella, sonstige <sup>p)</sup>	1
FSME-Virus <sup>j)</sup>	4, 6, 7, 9	Shigella spp. <sup>p)</sup>	1
Gelbfiebervirus	1, 3, 4, 5, 6	Streptococcus pneumoniae <sup>b)</sup>	1, 4
Giardia lamblia	2, 3, 4, 12	Toxoplasma gondii <sup>d), o)</sup>	2, 4, 5, 6, 7, 8
Gruppe B-Streptokokken (GBS) <sup>a)</sup>	1, 3, 4	Treponema pallidum <sup>c)</sup> (und an das RKI mit separatem Formular)	2, 3, 4, 8 und 5, 14
Haemophilus influenzae <sup>e), p)</sup>	1, 4	Trichinella spiralis	2, 5 und 7, 6, 12
Hantavirus <sup>k)</sup>	1, 4, 6, 5 und 8	Varicella-Zoster-Virus <sup>x)</sup>	1, 3, 4, 5, 6, 9
Hepatitis A-Virus	3, 4, 5, 6	Vibrio cholerae O 1 und O 139	1 und 3 und 10/11
Hepatitis B-Virus <sup>l)</sup>	3, 4	West-Nil-Virus	1, 3, 4, 5, 6
Hepatitis C-Virus <sup>u)</sup>	3, 4	Yersinia spp., darmpathogen <sup>p)</sup>	1
Hepatitis D-Virus	3, 4	Yersinia pestis	1, 3, 4, 6
Hepatitis E-Virus	4, 5, 6	Zika-Virus	1, 3, 4, 5, 6
HIV (nichtnamentliche Meldung an das RKI, separates Formular verwenden)	1, 3, 4, 8	andere Erreger hämorrhagischer Fieber	1, 2, 3, 4, 5, 6
Influenzavirus	1, 3, 4	nicht genannte Erreger gemäß § 7(2) IfSG	

<sup>a)</sup> Nur bei Schwangeren und Neugeborenen

<sup>b)</sup> Nur aus sterilen Körpermaterialien. Zu 3: Nur im Liquor

<sup>c)</sup> Nichtnamentliche Meldung an das Gesundheitsamt

<sup>d)</sup> Namentliche Meldung an das Gesundheitsamt und zusätzlich nichtnamentliche Meldung mit separatem Formular an das RKI beachten!

<sup>e)</sup> Nur aus Blut oder Liquor

<sup>f)</sup> Zu 8: Bestätigter IgG-Ak-Nachweis bei Hirnnervenlähmung (nur bei Kindern u. Jugendlichen bis zu 18 Jahren) sowie bei akuter Lyme-Arthritis

<sup>g)</sup> Zu 8: Nur im Zusammenhang mit positiven bildgebenden Verfahren oder Ak-Bestätigung durch einen hochspezifischen serologischen Test

<sup>h)</sup> Zu 8: Bei extraintestinaler Amöbiasis

<sup>i)</sup> Zu 2: Nur bei Urethral-Material des Mannes

<sup>j)</sup> Nachweis von IgM- und IgG-Ak

<sup>k)</sup> Zu 5 und 8: IgM- oder IgA-Ak-Nachweis, bestätigt durch IgG-Ak-Nachweis

<sup>l)</sup> Zu 3: HBs-Antigen-Nachweis bestätigt durch Zusatztest (z.B. HBs-Ag-NT oder Anti-HBc-Gesamt-Ak-Nachweis oder HBe-Ag-Nachweis)

<sup>m)</sup> Zu 6, 7, 8: z. B. Immunoblot, MIF

<sup>n)</sup> Zu 3: Nur aus Urin. Zu 6, 7: Mittels IFT. Zu 7: Nur bei Serogruppe 1

<sup>o)</sup> Zu 5: Bei negativer IgG-Avidität. Zu 7: IgG-Ak-Nachweis bei negativer IgG-Avidität und positivem IgM- Ak-Nachweis. Zu 8: IgA-Ak-Nachweis bei negativer IgG-Avidität

<sup>p)</sup> Ergebnisse der Spezies-, Serogruppen-, Serovar-, Serotyp-, Lysotyp-Bestimmung, des Virulenzmusters sollten übermittelt werden.

<sup>q)</sup> Zu 6: Betrifft IgG- oder IgA-Ak-Nachweis gegen Pertussis-Toxin

<sup>r)</sup> Zu 7: IgG-PT-Ak-Cutoff=100 IU/ml, IgA-PT-Ak=positiver Wert

<sup>s)</sup> \* Konnatale Röteln. Zu 8: Mindestens zweimaliger fortbestehender Nachweis Röteln-spezifischer IgG-Antikörper zwischen dem 6. und 12. Lebensmonat

<sup>t)</sup> Zu 6: Ak-Nachweis gegen das Anthrax-Toxin

<sup>u)</sup> Zu 4: Nachweis von Botulinum-Neurotoxin-Gen

<sup>v)</sup> Zu 3: HCV-Core-Ag-Nachweis

<sup>w)</sup> Zu 3: O157-Antigen

<sup>x)</sup> Zu 6: IgG- oder IgA-Ak-Nachweis