

		Labor-Meldeformular <i>Meldepflichtige Nachweise von Krankheitserregern gemäß § 7 Infektionsschutzgesetz (IfSG) und der Sächsischen Infektionsschutz-Meldeverordnung (SächsIfSMeldeVO)</i>											
Patient													
Name Vorname													
Straße geb. am		Labor / Untersuchungsstelle											
PLZ Wohnort		Straße Hausnummer											
Telefon E-mail		PLZ Ort											
		Meldende Person Telefonnr.											
		E-mail											
derzeitiger Aufenthaltsort (falls abweichend)		An das Gesundheitsamt											
Straße Hausnummer		Name											
PLZ Wohnort		Straße Hausnummer											
☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers		PLZ Ort											
Labor-Nr. / Untersuchungs-Nr. <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>												Telefonnummer Faxnummer	
		E-mail											
Erkrankungstag		<table><tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>		Tag	Monat	Jahr							
Tag	Monat	Jahr											
Art des Untersuchungsmaterials													
Entnahmetag		<table><tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>		Tag	Monat	Jahr							
Tag	Monat	Jahr											
Einsender (Arzt /Ärztin bzw. Krankenhaus)		Institution: Person:											
Anschrift / Tel. / Fax		Straße Hausnummer Telefonnummer PLZ Ort Faxnummer											
Eingangsdatum		<table><tr><td>Tag</td><td>Monat</td><td>Jahr</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></table>		Tag	Monat	Jahr							
Tag	Monat	Jahr											
Nachweismethode: <u>Nur bei positivem Befund ankreuzen!</u> (Angaben nach § 9 Abs. 2 Nr. 7 IfSG zwingend erforderlich, siehe Rückseite)													
1. ☐ Erregerisolierung/Kultur													
2. ☐ Mikroskopischer Nachweis													
3. ☐ Antigen-Nachweis													
4. ☐ Nukleinsäure-Nachweis (z. B. PCR)													
5. ☐ IgM-Antikörper-Nachweis													
6. ☐ Deutliche Änderung zwischen 2 Proben bei Antikörper-Nachweis													
7. ☐ Einmaliger deutlich erhöhter Wert bei Antikörper-Nachweis													
8. ☐ Antikörper-Nachweis													
9. ☐ Erhöhter Liquor/Serum-Antikörper-Index													
10. ☐ Toxin-Nachweis													
11. ☐ Nachweis der Gene von Toxinen/Virulenzfaktoren													
12. ☐ Histologie													
13. ☐ Subspezies-/Serovar-Bestimmung/Genotypisierung													
14. ☐ 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, 3, 4, 5, 6	Legionella spp. ⁿ⁾	1, 3, 4, 6, 7
Astrovirus	1, 3, 4	Leptospira spp., humanpathogen ^{p)}	1, 4, 5, 6, 7
Bacillus anthracis ^{a)}	1, 3, 4, 6	Listeria monocytogenes ^{a), b)}	1, 4
Bordetella pertussis / B. parapertussis ^{q)}	1, 4, 6, 7	Marburgvirus	1, 3, 4, 5, 6
Bornavirus (humanpathogen)	1, 3, 4	Masernvirus	1, 3, 4, 5, 6
Borrelia burgdorferi ^{f)}	1, 4, 8, 9	MERS-CoV	1, 3, 4
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 ^{p)}	1, 3, 4	Mycobacterium tuberculosis-Komplex	1, 2 und 4
Candida auris	1, 3, 4	Mycoplasma hominis	1, 4
Chikungunya-Virus	1, 3, 4, 5, 6	Mycoplasma pneumoniae	1, 3, 4, 5, 6
Chlamydia psittaci ^{m)}	1, 4, 6, 7, 8	Neisseria gonorrhoeae ^{c), i)}	1, 2, 4
Chlamydia trachomatis ^{c)}	1, 3, 4	Neisseria meningitidis ^{b), p)}	1, 2, 3, 4
Clostridium botulinum oder Toxinnachweis ^{l)}	1, 4, 10	Norovirus	3, 4
Clostridium tetani	1 und 10, 10	Orthopockenviren	1, 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., humanpathogen	2, 3, 4	Plasmodium spp. ^{d), p)}	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. ^{d), g)}	2, 4, 8, 12, 14	Rotavirus	3, 4
Entamoeba histolytica ^{h)}	2, 3, 4, 8, 12	RS-Virus	1, 3, 4, 5, 6
Enterovirus spp.	1, 4, 5, 6, 9	Rubellavirus ^{r)}	1,3,4,5,6,9/ 1*,3*,4*,5*,8*,9*
Escherichia coli, enterohämorrhagische Stämme (EHEC) ^{p), v)}	1 und 10/11, 3 und 10	Salmonella Paratyphi ^{p)}	1, 4
Escherichia coli, sonstige darmpathogene Stämme	1, 4 und 10/11 und 13	Salmonella Typhi ^{p)}	1, 4
Francisella tularensis	1, 3, 4, 6, 7	Salmonella, sonstige ^{p)}	1, 4
FSME-Virus ^{j)}	4, 6, 7, 9	SARS-CoV und SARS-CoV-2	1, 3, 4
Gelbfieberevirus	1, 3, 4, 5, 6	Shigella spp. ^{p)}	1, 4
Giardia lamblia	2, 3, 4, 12	Streptococcus pneumoniae ^{b)}	1, 4
Gruppe B-Streptokokken (GBS) ^{a)}	1, 3, 4	Toxoplasma gondii ^{d), o)}	2, 4, 5, 6, 7, 8
Haemophilus influenzae ^{e), p)}	1, 4	Treponema pallidum ^{c)} (und an das RKI mit separatem Formular)	2, 3, 4, 8 und 5, 14
Hantavirus ^{k)}	1, 4, 6, 5 und 8	Trichinella spiralis	2, 5 und 7, 6, 12
Hepatitis A-Virus	3, 4, 5, 6	Varicella-Zoster-Virus ^{x)}	1, 3, 4, 5, 6, 9
Hepatitis B-Virus ^{l)}	3, 4	Vibrio spp., humanpathogen	1 und 3 und 10/11
Hepatitis C-Virus ^{u)}	3, 4	West-Nil-Virus	1, 3, 4, 5, 6
Hepatitis D-Virus	3, 4	Yersinia pestis	1, 3, 4, 6
Hepatitis E-Virus	4, 5, 6	Yersinia spp., darmpathogen ^{p)}	1
HIV (nichtnamentliche Meldung an das RKI, separates Formular verwenden)	1, 3, 4, 8	Zika-Virus	1, 3, 4, 5, 6
Influenzavirus	1, 3, 4	andere Erreger hämorrhagischer Fieber	1, 2, 3, 4, 5, 6
		nicht genannte Erreger gemäß § 7(2) IfSG	

a) Nur bei Schwangeren und Neugeborenen
b) Nur aus sterilen Körpermaterialien. Zu 3: Nur im Liquor
c) Nichtnamentliche Meldung an das Gesundheitsamt
d) Namentliche Meldung an das Gesundheitsamt und zusätzlich nichtnamentliche Meldung mit separatem Formular an das RKI beachten!
e) Nur aus Blut oder Liquor
f) Zu 8: Bestätigter IgG-Ak-Nachweis bei Hirnnervenlähmung (nur bei Kindern u. Jugendlichen bis zu 18 Jahren) sowie bei akuter Lyme-Arthritis
g) Zu 8: Nur im Zusammenhang mit positiven bildgebenden Verfahren oder Ak-Bestätigung durch einen hochspezifischen serologischen Test
h) Zu 8: Bei extraintestinaler Amöbiasis
i) Zu 2: Nur bei Urethral-Material des Mannes
j) Nachweis von IgM- und IgG-Ak
k) Zu 5 und 8: IgM- oder IgA-Ak-Nachweis, bestätigt durch IgG-Ak-Nachweis
l) Zu 3: HBs-Antigen-Nachweis bestätigt durch Zusatztest (z.B. HBs-Ag-NT oder Anti-HBc-Gesamt-Ak-Nachweis oder HBe-Ag-Nachweis)

m) Zu 6, 7, 8: z. B. Immunoblot, MIF
n) Zu 3: Nur aus Urin. Zu 6, 7: Mittels IFT. Zu 7: Nur bei Serogruppe 1
o) 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
p) Ergebnisse der Spezies-, Serogruppen-, Serovar-, Serotyp-, Lysotyp-Bestimmung, des Virulenzmusters sollten übermittelt werden.
q) Zu 6: Betrifft IgG- oder IgA-Ak-Nachweis gegen Pertussis-Toxin
r) Zu 7: IgG-PT-Ak-Cutoff=100 IU/ml, IgA-PT-Ak=positiver Wert
s) * Konnatale Röteln. Zu 8: Mindestens zweimaliger fortbestehender Nachweis Röteln-spezifischer IgG-Antikörper zwischen dem 6. und 12. Lebensmonat
t) Zu 6: Ak-Nachweis gegen das Anthrax-Toxin
u) Zu 4: Nachweis von Botulinum-Neurotoxin-Gen
v) Zu 3: HCV-Core-Ag-Nachweis
w) Zu 3: O157-Antigen
x) Zu 6: IgG- oder IgA-Ak-Nachweis