

Labor-Meldeformular											
<i>Meldepflichtige Nachweise von Krankheitserregern gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG) §§ 7, 8, 9 und der sächsischen IfSGMeldeVO §§ 2, 3*</i>											
Patient Name _____ Vorname _____ geb. am _____ Straße _____ Hausnr. _____ PLZ _____ Wohnort _____ Telefon _____ Email _____	Labor / Untersuchungsstelle Straße _____ Hausnummer _____ PLZ _____ Ort _____ Meldende Person _____ Telefonnr. _____ E-mail _____										
derzeitiger Aufenthaltsort (falls abweichend) Straße _____ Hausnummer _____ PLZ _____ Wohnort _____ <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich Labor-Nr. / Untersuchungs-Nr. <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>											An das Gesundheitsamt Name _____ Straße _____ Hausnummer _____ PLZ _____ Ort _____ Telefonnummer _____ Faxnummer _____ E-mail _____
Erkrankungstag <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center; font-size: 8px;">Tag</td> <td style="width: 20px; text-align: center; font-size: 8px;">Monat</td> <td style="width: 20px; text-align: center; font-size: 8px;">Jahr</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> </tr> </table>	Tag	Monat	Jahr								
Tag	Monat	Jahr									
Art des Untersuchungsmaterials <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>											
Entnahmetag <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center; font-size: 8px;">Tag</td> <td style="width: 20px; text-align: center; font-size: 8px;">Monat</td> <td style="width: 20px; text-align: center; font-size: 8px;">Jahr</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> </tr> </table>	Tag	Monat	Jahr								
Tag	Monat	Jahr									
Einsender (Arzt /Ärztin bzw. Krankenhaus) Anschritt / Tel. / Fax Eingangsdatum <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center; font-size: 8px;">Tag</td> <td style="width: 20px; text-align: center; font-size: 8px;">Monat</td> <td style="width: 20px; text-align: center; font-size: 8px;">Jahr</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> <td style="height: 20px;"></td> </tr> </table>	Tag	Monat	Jahr				Institution: Person: Straße _____ Hausnummer _____ Telefonnummer _____ PLZ _____ Ort _____ Faxnummer _____				
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 3. Antigen-Nachweis 5. IgM-Antikörper-Nachweis 7. Einmaliger deutlich erhöhter Wert bei Antikörper-Nachweis 9. Erhöhter Liquor/Serum-Antikörper-Index 11. Nachweis der Gene von Toxinen/Virulenzfaktoren 13. Subspezies-/Serovar-Bestimmung/Genotypisierung	2. Mikroskopischer Nachweis 4. Nukleinsäure-Nachweis (z.B. PCR) 6. Deutliche Änderung zwischen 2 Proben bei Antikörper-Nachweis 8. Antikörper-Nachweis 10. Toxin-Nachweis 12. Histologie 14. Andere Nachweismethoden, welche:										
Untersuchungsergebnis einschließlich Typisierungsergebnis Interpretation des Befundes Zugehörigkeit zu einer Erkrankungshäufung	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>										
Bitte Rückseite beachten!	Datum, Unterschrift des Meldenden Stempel / Telefon 										

*Bundesgesetzblatt Teil I 2000, S. 1045-1077, Bundesgesetzblatt Teil I Nr. 49, 2017, S. 2615
Sächs. Gesetz- und Verordnungsblatt 2002, S. 187; 2011, S. 629 und 2012, S. 698

Multiresistente Erreger siehe Sonderformular !

Stand: November 2017

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. ⁿ⁾	1, 3, 4, 6, 7
Astrovirus	1, 2, 3, 4	Leptospira spp., humanpathogen ^{p)}	1, 4, 5, 6, 7
Bacillus anthracis ^{s)}	1, 3, 4, 6	Listeria monocytogenes ^{a), b)}	1, 4
Bordetella pertussis / B. paraptussis ^{q)}	1, 4, 6, 7	Marburgvirus	1, 3, 4, 5, 6
Borrelia burgdorferi ^{f)}	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 ^{p)}	1, 3	Mycobacterium tuberculosis-Komplex	1, 2 und 4
Chikungunya-Virus	1, 3, 4, 5, 6	Mycoplasma hominis	1, 4
Chlamydia psittaci ^{m)}	1, 4, 6, 7, 8	Mycoplasma pneumoniae	1, 3, 4, 5, 6
Chlamydia trachomatis ^{c)}	1, 3, 4	Neisseria gonorrhoeae ^{c), i)}	1, 2, 4
Clostridium botulinum oder Toxinnachweis ^{t)}	1, 4, 10	Neisseria meningitidis ^{b), p)}	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. ^{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	2, 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
Escherichia coli, sonstige darmpathogene Stämme	1 und 10/11 und 13	Salmonella Typhi ^{p)}	1
Francisella tularensis	1, 3, 4, 6, 7	Salmonella, sonstige ^{p)}	1
FSME-Virus ^{j)}	4, 6, 7, 9	Shigella spp. ^{p)}	1
Gelbfiebervirus	1, 3, 4, 5, 6	Streptococcus pneumoniae ^{b)}	1, 4
Giardia lamblia	2, 3, 4, 12	Toxoplasma gondii ^{d), o)}	2, 4, 5, 6, 7, 8
Gruppe B-Streptokokken (GBS) ^{a)}	1, 3, 4	Treponema pallidum ^{c)} (und an das RKI mit separatem Formular)	2, 3, 4, 8 und 5, 14
Haemophilus influenzae ^{e), p)}	1, 4	Trichinella spiralis	2, 5 und 7, 6, 12
Hantavirus ^{k)}	1, 4, 6, 5 und 8	Varicella-Zoster-Virus ^{x)}	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 ^{l)}	3, 4	West-Nil-Virus	1, 3, 4, 5, 6
Hepatitis C-Virus ^{u)}	3, 4	Yersinia spp., darmpathogen ^{p)}	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	

^{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