

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

*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