

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;"> </td><td style="width: 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;">Tag</td><td style="width: 20px; text-align: center;">Monat</td><td style="width: 20px; text-align: center;">Jahr</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td><td style="text-align: center;"> </td><td style="text-align: center;"> </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;">Tag</td><td style="width: 20px; text-align: center;">Monat</td><td style="width: 20px; text-align: center;">Jahr</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td><td style="text-align: center;"> </td><td style="text-align: center;"> </td> </tr> </table>	Tag	Monat	Jahr								
Tag	Monat	Jahr									
Einsender (Arzt /Ärztin bzw. Krankenhaus) Anschritt / Tel. / Fax 	Institution: Person: Straße: _____ Hausnummer: _____ Telefonnummer: _____ PLZ: _____ Ort: _____ Faxnummer: _____ <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">Tag</td><td style="width: 20px; text-align: center;">Monat</td><td style="width: 20px; text-align: center;">Jahr</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td><td style="text-align: center;"> </td><td style="text-align: center;"> </td> </tr> </table>	Tag	Monat	Jahr							
Tag	Monat	Jahr									
Eingangsdatum <table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;">Tag</td><td style="width: 20px; text-align: center;">Monat</td><td style="width: 20px; text-align: center;">Jahr</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"> </td><td style="text-align: center;"> </td><td style="text-align: center;"> </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 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 <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>										
	Stempel / Telefon <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>										

*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 !

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