

Labor-Meldeformular

Nachweise von Krankheitserregern gemäß §§ 7, 8, 9 IfSG

Für Meldungen von HIV, *Treponema pallidum*, *Echinococcus sp.*, *Plasmodium sp.* sowie *konnatale Rubellavirus- und Toxoplasma gondii-Infektionen* bitte separates Meldeformular des Robert Koch-Instituts nutzen

Vertraulich

Gesundheitsamt

Straße und Hausnummer

PLZ

Ort

Telefon

Fax

Labordiagnostischer Untersuchungsbefund:

Krankheitserreger / Untersuchungsbefund:
(bitte eine Meldung pro Befund) (exakte Angaben zu Spezies, Serotyp, Serovar, Toxintyp etc., soweit durchgeführt)

Untersuchungsmaterial: Eingangsdatum des Materials: |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|
(siehe Hinweise auf der Rückseite zu den relevanten Untersuchungsmaterialien) Tag Monat Jahr

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

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Kultur/Isolierung | <input type="radio"/> Spezies/Subspezies/Serovarbestimmung/Genotypisierung |
| <input type="radio"/> Antikörper-Nachweis | <input type="radio"/> mindestens 4facher Antikörper-Titeranstieg in der 2. Serum-Probe |
| <input type="radio"/> IgM-Antikörper-Nachweis | <input type="radio"/> Nukleinsäure-Nachweis (z.B. PCR) |
| <input type="radio"/> Antigen-Nachweis | <input type="radio"/> Histologie |
| <input type="radio"/> Toxin-Nachweis | <input type="radio"/> Nachweis des Toxingens |
| <input type="radio"/> Mikroskopischer Nachweis | <input type="radio"/> Andere Nachweismethode/n, welche: |

Patient/in:

Name: Vorname: Männlich Weiblich

Geburtsdatum: |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|
Tag Monat Jahr

Hauptwohnsitz*: |_|_|_|_|_|
Straße und Hausnummer PLZ Ort

Derzeitiger Aufenthaltsort*,
falls abweichend: |_|_|_|_|_|
Straße und Hausnummer PLZ Ort

*Angaben nach § 9 Abs. 2 Nr. 3 bzw. 4 IfSG / soweit Angaben vorliegen

Einsendender Arzt bzw. einsendendes Krankenhaus:

Name der Einrichtung: Telefon:

Name der einsendenden Person:

Anschrift: |_|_|_|_|_|
Straße und Hausnummer PLZ Ort

Erläuterung: Für die jeweiligen Erreger werden nur die Nachweismethoden mit nicht schraffierten Feldern vom Gesundheitsamt als Meldung weiter an die Landesbehörde übermittelt

Meldendes Labor / Meldende Untersuchungsstelle:

Labor / Untersuchungsstelle

Straße und Hausnummer

|_|_|_|_|_|
PLZ

Ort

Meldende Person:

Telefonnummer:

Datum |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|
Tag Monat Jahr

