

Labor-Meldeformular

Meldepflichtige Nachweise von Krankheitserregern
gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG) §§ 7, 8, 9
und der sächsischen IfSG MeldeVO §§ 2, 3*

Name <input type="text"/> Vorname <input type="text"/> Straße <input type="text"/> Hausnummer <input type="text"/> geb.am PLZ <input type="text"/> Wohnort <input type="text"/>		Labor / Untersuchungsstelle Straße <input type="text"/> Hausnummer <input type="text"/> PLZ <input type="text"/> Ort <input type="text"/> Meldende Person <input type="text"/> Telefonnummer <input type="text"/> E-Mail <input type="text"/>	
derzeitiger Aufenthaltsort Straße <input type="text"/> Hausnummer <input type="text"/> PLZ <input type="text"/> Wohnort <input type="text"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/>		An das Gesundheitsamt Name <input type="text"/> Straße <input type="text"/> Hausnummer <input type="text"/> PLZ <input type="text"/> Ort <input type="text"/> Telefonnummer <input type="text"/> Faxnummer <input type="text"/> E-Mail <input type="text"/>	
Labor-Nr. / Untersuchungs-Nr. <input type="text"/>		Tag <input type="text"/> Monat <input type="text"/> Jahr <input type="text"/> Erkrankungs-Tag <input type="text"/>	
Art des Untersuchungsmaterials <input type="text"/> anderes, nicht gelistetes Material <input type="text"/>		Tag <input type="text"/> Monat <input type="text"/> Jahr <input type="text"/> Entnahmetag <input type="text"/>	
Einsender (Arzt /Ärztin bzw. Krankenhaus) <input type="text"/>		INSTITUTION: <input type="text"/> PERSON: <input type="text"/>	
Anschrift / Tel. / Fax <input type="text"/>		Straße <input type="text"/> Hausnummer <input type="text"/> Telefonnummer <input type="text"/> PLZ <input type="text"/> Ort <input type="text"/> Faxnummer <input type="text"/> Tag <input type="text"/> Monat <input type="text"/> Jahr <input type="text"/>	
Eingangsdatum <input type="text"/>		Tag <input type="text"/> Monat <input type="text"/> Jahr <input type="text"/>	
Nachweismethode: <u>Nur bei positivem Befund ankreuzen!</u> (Angaben nach § 9 Abs. 2 Nr. 7 IfSG zwingend erforderlich, siehe Rückseite)			
1. Kultur/Isolierung		2. Spezies/Subspezies/Serovarbestimmung/Genotypisierung	
3. Antikörper - Nachweis		4. Serokonversion von neg. zu pos. oder mind. 4facher Antikörper Titeranstieg	
5. IgM - Antikörper - Nachweis		6. Nukleinsäure - Nachweis (z.B. PCR)	
7. Antigen - Nachweis		8. Histologie	
9. Toxin - Nachweis		10. Nachweis des Toxingens	
11. Mikroskopischer Nachweis incl. ELMI		12. Andere Nachweismethode/n, welche:	
Untersuchungsergebnis <input type="text"/>		anderer, nicht gelisteter Erreger: <input type="text"/>	
Bei Nachweis von Escherichia Coli		O-Serogruppe: <input type="text"/> H-Serogruppe: <input type="text"/>	
Interpretation des Befundes <input type="text"/>			
Bitte Rückseite beachten !		Datum, Bearbeiter Labor <input type="text"/>	
		Stempel / Telefon <input type="text"/>	

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
Adenoviren	1, 2, 4, 6, 7, 12
Astroviren	1, 2, 4, 6, 7, 12
Bacillus anthracis	1, 2, 6, 11, 12
Bordetella pertussis	1, 2, 4, 6
Borrelia burgdorferi	1, 2, 4, 6, 11, 12
Borrelia recurrentis	6, 11, 12
Brucella sp.	1, 2, 3, 4, 6, 11, 12
Campylobacter sp., darmpathogen	1, 2, 4, 6
Chlamydia psittaci	1, 2, 3, 4, 6, 7, 12
Chlamydia trachomatis ^{c)}	1, 2, 4, 6, 7, 12
Clostridium botulinum oder Toxinnachweis	1, 2, 9, 10, 12
Clostridium tetani	1, 2, 9
Corynebacterium diphtheriae, Toxin bildend	1, 2, 9, 10, 12
Coxiella burnetii	1, 3, 4, 5, 12
Cryptosporidium parvum	7, 11
Cytomegalievirus	1, 2, 4, 6, 7
Ebolavirus	1, 4, 5, 6, 7, 11, 12
Echinococcus sp. ^{d)}	3, 4, 8, 11
Entamoeba histolytica	1, 2, 3, 4, 7, 11
Enteroviren sp.	1, 2, 4, 6
Escherichia coli, enterohämorrhagische Stämme (EHEC)	1, 2, 9, 10
Escherichia coli, sonstige darmpathogene Stämme	1, 2
Francisella tularensis	1, 2, 3, 4, 6, 7, 12
FSME-Virus	1, 2, 4, 6, 12
Gelbfieberevirus	1, 4, 6, 7
Giardia lamblia	7, 11
Gruppe B Streptokokken (GBS) ^{a)}	1, 2, 7
Haemophilus influenzae ^{b)}	1, 2, 4, 6, 7, 12
Hantaviren	1, 2, 4, 6, 12
Hepatitis A-Virus	4, 5, 6, 12
Hepatitis B-Virus	4, 5, 6, 7, 12
Hepatitis C-Virus	3, 4, 6, 12
Hepatitis D-Virus	3, 4, 5, 6, 7, 12
Hepatitis E-Virus	4, 6, 12
HIV (nichtnamentliche Meldung an das RKI, separates Formular verwenden)	1, 2, 3, 4, 6, 7, 12
Influenza-Viren	1, 2, 4, 6, 7, 12

a)
nur bei Schwangeren und Neugeborenen

b)
nur aus sterilen Körpermaterialie

c)
nichtnamentliche Meldung an das Gesundheitsa

d)
namentliche Meldung an das Gesundheitsamt und zusätzlich nichtnamentliche Meldung mit separatem Formular an das RKI be

Erreger	Nr.-Schlüssel
Lassavirus	1, 3, 4, 5, 6, 11, 12
Legionella sp.	1, 2, 4, 6, 7, 12
Leptospira interrogans	1, 2, 4, 5, 11, 12
Listeria monocytogenes ^{a), b)}	1, 2, 6, 12
Marburgvirus	1, 4, 5, 6, 11, 12
Masernvirus	1, 4, 5, 6, 12
Mumpsvirus	1, 4, 5, 6, 12
Mycobacterium leprae	3, 4, 6, 8, 11, 12
Mycobacterium tuberculosis-Komplex	1, 2, 6, 8, 11, 12
Mycoplasma pneumoniae und hominis	1, 2, 4, 5, 6
Neisseria gonorrhoeae ^{c)}	1, 2, 6, 7, 11, 12
Neisseria meningitidis ^{b)}	1, 2, 6, 7, 11, 12
Norwalk-like Virus	2, 6, 7, 11, 12
Parainfluenzavirus	1, 4, 6, 12
Plasmodium sp. ^{d)}	8, 11, 12
Parvovirus B 19	4, 5, 6, 12
Poliovirus	1, 2, 4, 6, 12
Rabiesvirus	1, 4, 6, 7, 8, 11, 12
Rickettsia prowazekii	3, 4, 5, 6, 11, 12
Rotavirus	6, 7, 11, 12
RS-Virus	1, 2, 4, 6, 12
Rubellavirus ^{d)}	1, 2, 4, 5, 6, 12
Salmonella Paratyphi	1, 2, 4, 12
Salmonella Typhi	1, 2, 4, 12
Salmonella, sonstige	1, 2, 12
Shigella sp.	1, 2, 12
Streptococcus pneumoniae ^{b)}	1, 2, 7, 12
Toxoplasma gondii ^{a) d)}	1, 2, 4, 5, 6, 8, 12
Treponema pallidum ^{c)} (und an das RKI, separates Formular verwenden)	1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 11, 12
Trichinella spiralis	4, 5, 8, 11, 12
Varicella-Zoster-Virus	1, 2, 4, 5, 6, 12
Vibrio cholerae O 1 und O 139	1, 2, 7, 9, 10, 12
Yersinia enterocolitica, darmpathogen	1, 2, 3, 4, 12
Yersinia pestis	1, 2, 4, 6, 11, 12
andere Erreger hämorrhagischer Fieber	1, 4, 5, 6, 12