

<h2 style="margin: 0;">Labor-Meldeformular</h2> <p style="margin: 0;"><i>Meldepflichtige Nachweise von Krankheitserregern gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG) §§ 7, 8, 9 und der sächsischen IfSG MeldeVO §§ 2, 3*</i></p>													
<p>Name <input type="text"/> Vorname <input type="text"/></p> <p>Strasse <input type="text"/> Hausnummer <input type="text"/> geb.am</p> <p>PLZ <input type="text"/> Wohnort <input type="text"/></p>	<p>Labor / Untersuchungsstelle</p> <p>Straße <input type="text"/> Hausnummer <input type="text"/></p> <p>PLZ <input type="text"/> Ort <input type="text"/></p> <p>Meldende Person <input type="text"/> Telefonnummer <input type="text"/></p> <p>E-Mail <input type="text"/></p>												
<p>derzeitiger Aufenthaltsort</p> <p>Strasse <input type="text"/> Hausnummer <input type="text"/></p> <p>PLZ <input type="text"/> Wohnort <input type="text"/></p> <p style="text-align: center;">männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/></p>	<h3 style="margin: 0;">An das Gesundheitsamt</h3> <p>Name <input type="text"/></p> <p>Straße <input type="text"/> Hausnummer <input type="text"/></p> <p>PLZ <input type="text"/> Ort <input type="text"/></p> <p>Telefonnummer <input type="text"/> Faxnummer <input type="text"/></p> <p>E-Mail <input type="text"/></p>												
<p>Labor-Nr. / Untersuchungs-Nr.</p> <p><input style="width: 100%;" type="text"/></p>	<p style="text-align: center;">Tag <input type="text"/> Monat <input type="text"/> Jahr <input type="text"/></p> <p>Erkrankungstag <input style="width: 100%;" type="text"/></p>												
<p>Art des Untersuchungsmaterials</p> <p><input style="width: 100%;" type="text"/></p>	<p style="text-align: center;">Tag <input type="text"/> Monat <input type="text"/> Jahr <input type="text"/></p> <p>Entnahmetag <input style="width: 100%;" type="text"/></p>												
<p>Einsender ( Arzt /Ärztin bzw. Krankenhaus)</p>	<p>Institution: <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>Person: <input style="width: 100%;" type="text"/></p>												
<p>Anschrift / Tel. / Fax</p>	<p>Straße <input type="text"/> Hausnummer <input type="text"/> Telefonnummer <input type="text"/></p> <p>PLZ <input type="text"/> Ort <input type="text"/> Faxnummer <input type="text"/></p> <p style="text-align: center;">Tag <input type="text"/> Monat <input type="text"/> Jahr <input type="text"/></p>												
<p>Eingangsdatum</p> <p><input style="width: 100%;" type="text"/></p>	<p><b>Nachweismethode:</b> <u>Nur bei positivem Befund ankreuzen!</u> (Angaben nach § 9 Abs. 2 Nr. 7 IfSG zwingend erforderlich, siehe Rückseite)</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">1. Kultur/Isolierung</td> <td style="width: 50%; border: none;">2. Spezies/Subspezies/Serovarbestimmung/Genotypisierung</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">3. Antikörper - Nachweis</td> <td style="border: none;">4. Serokonversion von neg. zu pos. oder mind. 4facher Antikörper Titeranstieg</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">5. IgM - Antikörper - Nachweis</td> <td style="border: none;">6. Nukleinsäure - Nachweis (z.B. PCR)</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">7. Antigen - Nachweis</td> <td style="border: none;">8. Histologie</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">9. Toxin - Nachweis</td> <td style="border: none;">10. Nachweis des Toxingens</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">11. Mikroskopischer Nachweis incl. ELMI</td> <td style="border: none;">12. Andere Nachweismethode/n, welche:</td> </tr> </table>	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:
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:												
<p>Untersuchungsergebnis</p>	<p>Laborinterne Bezeichnung <input style="width: 100%;" type="text"/></p>												
<p>Bei Nachweis von Escheria Coli</p>	<p>O-Serogruppe: <input style="width: 100%;" type="text"/></p> <p>H-Serogruppe: <input style="width: 100%;" type="text"/></p>												
<p>Interpretation des Befundes</p> <p><input style="width: 100%;" type="text"/></p>	<p style="text-align: center;">Tag <input type="text"/> Monat <input type="text"/> Jahr <input type="text"/></p>												
<p><b>Bitte Rückseite beachten !</b></p>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; border: none;">Datum, Bearbeiter Labor</td> <td style="width: 33%; border: none;">Stempel / Telefon</td> <td style="width: 33%; border: none;"></td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input style="width: 100%;" type="text"/></td> <td style="border: none;"><input style="width: 100%;" type="text"/></td> <td style="border: none;"><input style="width: 100%;" type="text"/></td> </tr> </table>	Datum, Bearbeiter Labor	Stempel / Telefon		<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>						
Datum, Bearbeiter Labor	Stempel / Telefon												
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" 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 <sup>c)</sup>	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. <sup>d)</sup>	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
Gelbfiebertvirus	1, 4, 6, 7
Giardia lamblia	7, 11
Gruppe B Streptokokken (GBS) <sup>a)</sup>	1, 2, 7
Haemophilus influenzae <sup>b)</sup>	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

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 <sup>a), b)</sup>	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 <sup>c)</sup>	1, 2, 6, 7, 11, 12
Neisseria meningitidis <sup>b)</sup>	1, 2, 6, 7, 11, 12
Norwalk-like Virus	2, 6, 7, 11, 12
Parainfluenzavirus	1, 4, 6, 12
Plasmodium sp. <sup>d)</sup>	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 <sup>d)</sup>	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 <sup>b)</sup>	1, 2, 7, 12
Toxoplasma gondii <sup>a) d)</sup>	1, 2, 4, 5, 6, 8, 12
Treponema pallidum <sup>c)</sup> (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

a) nur bei Schwangeren und Neugeborenen

b) nur aus sterilen Körpermaterialien

c) nichtnamentliche Meldung an das Gesundheitsamt

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