

# LABOR-MELDEFORMULAR

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

Bitte separates Meldeformular des Robert Koch-Instituts für Meldungen gemäß § 7 Abs. 3 IfSG bei Nachweis von *Echinococcus* spp., HIV, *Plasmodium* spp., *Toxoplasma gondii* (konnatale Infektion) sowie *Treponema pallidum* nutzen.

|                                       |              |   |                                |
|---------------------------------------|--------------|---|--------------------------------|
| <b>Gesundheitsamt – vertraulich –</b> |              | <b>Meldendes Labor / Meldende Untersuchungsstelle</b> |                                |
| .....<br>Telefon                      | .....<br>Fax | .....<br>Labor / Untersuchungsstelle                  |                                |
| .....<br>zuständiges Gesundheitsamt   |              | .....<br>Straße und Hausnummer                        |                                |
| .....<br>Straße und Hausnummer        |              | .....<br>PLZ  | .....<br>Ort                   |
| .....<br>PLZ                          | .....<br>Ort | .....<br>Meldende Person                              | .....<br>Telefon               |
|                                       |              | .....<br>E-Mail                                       | .....<br>Datum: Tag Monat Jahr |

  

|   |                                |                                |                                |                     |
|---|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|---------------------|
| <b>Patient/in</b>                                     | Name, Vorname: .....           | <input type="radio"/> Weiblich | <input type="radio"/> Männlich | Geburtsdatum: ..... |
|   |                                |                                |                                | Tag Monat Jahr      |
| Hauptwohnsitz: .....                                  | .....<br>Straße und Hausnummer | .....<br>PLZ                   | .....<br>Ort                   |                     |
| Derzeitiger Aufenthaltsort.....<br>(falls abweichend) | .....<br>Straße und Hausnummer | .....<br>PLZ                   | .....<br>Ort                   |                     |
| Weitere Kontaktdaten (z.B. Tel.Nr., E-Mail) .....     |                                |                                |                                |                     |

  

|   |
|---|
| <b>Labordiagnostischer Untersuchungsbefund</b>  |
| Krankheitserreger / Untersuchungsbefund: .....  |
| <small>(exakte Angaben zu Spezies, Serovar, Pathovar, Toxintyp, Resistenzen, Typisierungsergebnissen etc., soweit durchgeführt)</small> |
| Untersuchungsmaterial: .....  |
| Eingangsdatum des Materials: .....  |
| Tag Monat Jahr  |
| Labornummer: .....  |
| <small>(bei mehreren Materialien bitte kennzeichnen welche Nachweismethode für welches Material verwendet wurde)</small>                |

  

|   |
|---|
| <input type="radio"/> <b>Nachweis gehört zu Erkrankungshäufung:</b> ..... |
| <small>Anzahl Fälle, nähere Informationen</small>                         |

  

|   |
|---|
| <b>Nachweismethode:</b> Nur bei positivem Befund ankreuzen (Angaben gemäß § 9 Abs. 2 Nr. 1h IfSG zwingend erforderlich, s. Rückseite) |
|---|

  

|  |  |
|--|--|
| <b>Serologischer Nachweis</b>  | <b>Direkter Erregernachweis</b>  |
| Einzelner deutlich erhöhter Wert   | <input type="radio"/> Antigennachweis  |
| Deutliche Änderung zwischen 2 Proben   | .....<br><small>(z.B. HBs-Antigen)</small>   |
| IgM <input type="radio"/>  | <input type="radio"/> Erregerisolierung (kulturell) / Virusisolierung  |
| IgG <input type="radio"/>  | <input type="radio"/> Mikroskopischer Nachweis (auch färberisch)   |
| IgA <input type="radio"/>  | .....<br><small>(z.B. gram-negative Diplokokken, Trichinella-Larven)</small>                                     |
| Antikörpernachweis <input type="radio"/>   | <input type="radio"/> Elektronenmikroskopie  |
| <small>(ohne Differenzierung der Immunglobulinklasse)</small>  | <input type="radio"/> Nukleinsäurenachweis (z.B. PCR)  |
| Andere/nähere Bezeichnung* <input type="radio"/>   |  |
| .....<br><small>* (z.B. intrathekal gebildete Antikörper)</small>  | <b>Histologischer Nachweis/Histopathologischer Befund</b>  |
| Zusatztest .....   |  |
| <small>(z.B. Immunblot, HBsAg-NT)</small>  | <b>Methicillinresistenz-Nachweis bei <i>S. aureus</i></b>  |
| <b>Toxin- und Virulenzfaktornachweise</b>  | <input type="radio"/> Empfindlichkeitsprüfung  |
| <b>Methode</b> <input type="radio"/> direkter Toxinnachweis  | <input type="radio"/> MecA-Gen-Nachweis  |
| <input type="radio"/> Nachweis des Toxingens (z.B. PCR)  |  |
| <input type="radio"/> indirekter (serologischer) Toxinnachweis   | <b>Nachweis der Carbapenem-Nichtempfindlichkeit bei <i>Acinetobacter spp.</i> oder <i>Enterobacteriaceae</i></b> |
| <b>Art</b>   | <input type="radio"/> Empfindlichkeitsprüfung (bitte Antibiogramm der Meldung beifügen)                          |
| <input type="radio"/> Shigatoxin-(Gen):  | <input type="radio"/> Nachweis einer Carbapenemase: .....  |
| <input type="radio"/> stx1 <input type="radio"/> stx2 <input type="radio"/> Shigatoxin nicht differenziert | <small>(bitte Carbapenemase angeben)</small>   |
| <input type="radio"/> eae <input type="radio"/> ipaH <input type="radio"/> andere .....                    |  |

  

|  |   |
|--|---|
| <b>Einsender</b>                                       | <b>Interpretation des Befundes, evtl. zusätzliche Informationen</b> |
| .....<br>Name der Einrichtung/Praxis/des Krankenhauses |   |
| .....<br>Name der einsendenden Person                  |   |
| .....<br>PLZ   |   |
| .....<br>Ort   |   |

| Erreger  | Direkter Erregernachweis   |                                |                          |                                 | Indirekter Erregernachweis                     |  |   | Toxinnachweis          |                                   |  | Bemerkungen: Meldepflichtig durch das Labor sind die Nachweise der aufgeführten Krankheitserreger: namentlich gemäß § 7 Abs. 1 IfSG soweit sie auf eine akute Infektion hinweisen bzw. nichtnamentlich gemäß § 7 Abs. 3 IfSG (separates Meldeformular). Der Falldefinition für die Übermittlung durch das Gesundheitsamt gemäß § 11 IfSG entsprechen nur die Nachweismethoden in den gefärbten Feldern. |  |
|--|--|--------------------------------|--------------------------|---------------------------------|--|--|---|------------------------|-----------------------------------|--|---|--|
|  | Antigennachweis  | Erregersisolierung (kulturell) | Mikroskopischer Nachweis | Nukleinsäurenachweis (z.B. PCR) | Ak-Nachweis (einzelner deutlich erhöhter Wert) | Ak-Nachweis (deutliche Änderung zwischen 2 Proben) | Nachweis intrathekal gebildeter AK (Serum/Liquor/Schleimhaut) | Direkter Toxinnachweis | Nachweis des Toxingens (z.B. PCR) | Indirekter (serologischer) Toxinnachweis |   |  |
| <i>Acinetobacter</i> spp. <sup>§</sup> , mit Carbapenem-Resistenz        |  | *                              |                          | *                               |  |  |   |                        |                                   |  |   | § Meldepflicht gemäß IfSG-Meldepflicht-Anpassungsverordnung nur für den direkten Nachweis, * einschließlich Identifizierung mindestens des <i>Acinetobacter-baumannii</i> -Komplex UND Nachweis der Carbapenem-Resistenz (Empfindlichkeitsprüfung ODER Carbapenemase-Nachweis)   |
| Adenovirus <sup>§</sup>  | *  | *                              |                          | *                               |  |  |   |                        |                                   |  |   | § Meldepflicht nur für den direkten Nachweis im Konjunktivalabstrich, * nur aus Konjunktivalabstrich   |
| Arboviren <sup>§</sup>   |  |                                | *                        |                                 | #  | #^   |   |                        |                                   |  |   | § Meldepflicht gemäß IfSG-Meldepflicht-Anpassungsverordnung, * Elektronenmikroskopie, # IgM, ^ IgG   |
| <i>Bacillus anthracis</i>  |  |                                |                          |                                 |  |  |   |                        |                                   | *  |   | * Antikörpernachweis gegen das Anthrax-Toxin   |
| <i>Bordetella pertussis</i> , <i>Bordetella parapertussis</i>            |  | *                              |                          | *                               |  |  |   |                        |                                   | #  |   | * nur aus Abstrichen oder Sekreten des Nasenrachensraums, # nur für <i>B. pertussis</i> : IgG- ODER IgA-Nachweis gegen das Pertussis-Toxin   |
| <i>Borrelia recurrentis</i>  | *  |                                | *#                       | *                               |  |  |   |                        |                                   |  |   | * nur aus Blut, # z.B. im Dunkelfeld, Phasenkontrast oder im gefärbten Ausstrich   |
| <i>Bruceella</i> spp.  |  |                                |                          |                                 |  |  |   |                        |                                   |  |   |  |
| <i>Campylobacter</i> spp., darmpathogen                                  |  |                                |                          |                                 |  |  |   |                        |                                   |  |   |  |
| Chikungunyavirus <sup>§</sup>  |  |                                |                          |                                 | *  | *#   |   |                        |                                   |  |   | § gemäß IfSG-Meldepflicht-Anpassungsverordnung, * IgM, # IgG   |
| <i>Chlamydia psittaci</i>  |  |                                |                          |                                 |  |  |   |                        |                                   |  |   |  |
| <i>Clostridium botulinum</i> oder Toxinnachweis                          |  | *                              |                          |                                 |  |  |   |                        | #                                 | ^  |   | * nur aus Stuhl (bei lebensmittelbedingtem oder Säuglingsbotulismus), nur aus Wundmaterial bei Wundbotulismus, # nur aus Blut, Stuhl, Mageninhalt, Erbrochenem oder Wundmaterial, ^ nur aus Stuhl oder Wundmaterial  |
| <i>Corynebacterium</i> spp., Toxin bildend                               |  | *                              |                          |                                 |  |  |   |                        | #                                 | #  |   | * und Nachweis des Toxin(-Gen)s aus dem Isolat, # nur aus dem Isolat   |
| <i>Coxiella burnetii</i>   |  |                                |                          |                                 | *  | *#   |   |                        |                                   |  |   | * IgM, # IgG   |
| <i>Cryptosporidium</i> spp., humanpathogen                               |  |                                | *                        |                                 |  |  |   |                        |                                   |  |   | * von Kryptosporidien oder <i>Cryptosporidium</i> -Oozysten  |
| Denguevirus  | *  |                                |                          |                                 | #  | #^   |   |                        |                                   |  |   | * NS1-Antigen, # IgM, ^ IgG  |
| Ebolavirus   |  |                                |                          |                                 | *  | *#   |   |                        |                                   |  |   | * IgM, # IgG   |
| <i>Echinococcus</i> spp.   | Nichtnamentliche Meldung direkt an das Robert Koch-Institut über separates Meldeformular (gem. § 7 Abs. 3 IfSG)  |                                |                          |                                 |  |  |   |                        |                                   |  |   |  |
| Enterobacteriaceae <sup>§</sup> , mit Carbapenem-Resistenz               |  | *                              |                          | *                               |  |  |   |                        |                                   |  |   | § Meldepflicht gemäß IfSG-Meldepflicht-Anpassungsverordnung nur für den direkten Nachweis, * einschließlich Speziesidentifizierung UND Nachweis der Carbapenem-Resistenz (Empfindlichkeitsprüfung ODER Carbapenemase-Nachweis)   |
| <i>Escherichia coli</i> , enterohämorrhagisch (EHEC)                     |  |                                |                          |                                 | *  | #  |   |                        | ^                                 | °  |   | * nur bei HUS: Nachweis von Anti-LPS-IgM (#IgG) gegen <i>E.-coli</i> -Serogruppe, ^ Shigatoxin-Nachweis aus der <i>E.-coli</i> -Kultur aus Stuhl ODER bei O157-Antigennachweis aus Stuhlanreicherungskultur, Stuhlmischkultur oder <i>E.-coli</i> -Kultur aus Stuhl, ° Shigatoxin-Gen-Nachweis aus Stuhlanreicherungskultur, Stuhlmischkultur oder <i>E.-coli</i> -Kultur aus Stuhl.                           |
| <i>Escherichia coli</i> , sonstige darmpathogene Stämme                  | Meldung aller Nachweise an das zuständige Gesundheitsamt, keine Übermittlung an das Robert Koch-Institut         |                                |                          |                                 |  |  |   |                        |                                   |  |   |  |
| <i>Francisella tularensis</i>  |  |                                |                          |                                 | *  | #  | ^   |                        |                                   |  |   | * nur aus Blut oder Liquor, post mortem aus Organewebe, # IgM UND IgG, ^ IgG   |
| FSME-Virus   |  |                                |                          |                                 | *  | #  | ^   |                        |                                   |  |   | * IgM, # IgG   |
| Gelbfiebervirus  |  |                                |                          |                                 | *  | #  | ^   |                        |                                   |  |   | * IgM, # IgG   |
| <i>Giardia lamblia</i>   |  |                                | *                        |                                 |  |  |   |                        |                                   |  |   | * einschließlich histologischer Nachweis aus der Darmschleimhaut   |
| <i>Haemophilus influenzae</i> <sup>§</sup>                               |  | *                              |                          | *                               |  |  |   |                        |                                   |  |   | § Meldepflicht nur für den direkten Nachweis aus Blut oder Liquor, * nur aus Blut oder Liquor  |
| Hantavirus   |  |                                |                          |                                 | *  | #  |   |                        |                                   |  |   | * IgM ODER IgA bestätigt durch IgG, # IgG  |
| Hepatitis-A-Virus  | *  |                                |                          | *#                              | ^  | ^°   |   |                        |                                   |  |   | * nur aus Stuhl, # nur aus Blut, ^ IgM, ° IgG  |
| Hepatitis-B-Virus  | *#   |                                |                          | *                               |  |  |   |                        |                                   |  |   | * nur aus Blut, # HBs-Ag, bestätigt durch Zusatztest (z.B. HBsAg-NT) ODER Anti-HBc ODER HBe-Ag   |
| Hepatitis-C-Virus  | *#   |                                |                          | *                               |  |  |   |                        |                                   |  |   | * nur aus Blut, # HCV-Core-Antigen   |
| Hepatitis-D-Virus  | *  |                                |                          | *                               |  |  |   |                        |                                   |  |   | * nur aus Blut UND Nachweis einer Hepatitis-B-Virus-Infektion  |
| Hepatitis-E-Virus  |  |                                |                          | *                               | #  | #^   |   |                        |                                   |  |   | * nur aus Blut oder Stuhl, # IgM, ^ IgG  |
| HIV  | Nichtnamentliche Meldung direkt an das Robert Koch-Institut über separates Meldeformular (gem. § 7 Abs. 3 IfSG)  |                                |                          |                                 |  |  |   |                        |                                   |  |   |  |
| Influenzavirus <sup>§</sup>  | *  | #                              |                          |                                 |  |  |   |                        |                                   |  |   | § Meldepflicht nur für den direkten Nachweis, * einschließlich Influenza-Schnelltest, # einschließlich Schnellkultur   |
| Lassavirus   |  |                                |                          |                                 | *  | *#   |   |                        |                                   |  |   | * IgM, # IgG   |
| <i>Legionella</i> spp.   | *  | #                              |                          | #^                              | °+   | °  |   |                        |                                   |  |   | * nur aus Urin, # nur aus Sekreten des Respirationstraktes, Lungengewebe, Pleuralflüssigkeit, ^ nur aus normalerweise sterilen klinischen Materialien, ° mittels IFT + nur für den Nachweis von <i>L. pneumophila</i> Serogruppe 1   |
| <i>Leptospira</i> spp., humanpathogen                                    |  |                                |                          |                                 |  |  |   |                        |                                   |  |   |  |
| <i>Listeria monocytogenes</i> <sup>§</sup>                               |  | *                              |                          | *                               |  |  |   |                        |                                   |  |   | § Meldepflicht nur für den direkten Nachweis aus Blut, Liquor oder anderen normalerweise sterilen Substraten sowie aus Abstrichen von Neugeborenen, * aus Blut, Liquor oder normalerweise sterilen klinischen Materialien, bei Neugeborenen- und Schwangerschaftslisteriose zusätzlich aus Abstrichen vom Fetus, Tot- oder Neugeborenen oder aus Abstrichen von mütterlichem Gewebe (Plazenta, Uterus, Zervix) |
| Marburgvirus   |  |                                |                          |                                 | *  | *#   |   |                        |                                   |  |   | * IgM, # IgG   |
| Masernvirus  |  |                                |                          |                                 | *  | *#   |   |                        |                                   |  |   | * IgM, # IgG   |
| Methicillin-resistenter <i>Staphylococcus aureus</i> (MRSA) <sup>§</sup> |  | *                              |                          | *                               |  |  |   |                        |                                   |  |   | § Meldepflicht gemäß IfSG-Meldepflicht-Anpassungsverordnung nur für den direkten Nachweis nur aus Blut oder Liquor, *UND Nachweis der Methicillin-Resistenz (Empfindlichkeitsprüfung ODER MecA-Gen-Nachweis)   |
| Mumpsvirus   |  |                                |                          |                                 | *  | *#   |   |                        |                                   |  |   | * IgM, # IgG   |
| <i>Mycobacterium leprae</i>  |  |                                | *                        | #                               | ^  |  |   |                        |                                   |  |   | * (mikroskopisch färbereicher Nachweis säurefester Stäbchen ODER Nachweis von charakteristischen histologischen Veränderungen in Gewebeproben) UND Nukleinsäurenachweis, # UND (mikroskopischer Nachweis ODER Antikörpernachweis ODER histologischer Nachweis), ^ PGL-1-Antikörpernachweis UND Nukleinsäurenachweis  |
| <i>Mycobacterium-tuberculosis</i> -Komplex, außer BCG <sup>§</sup>       |  |                                | *                        | *                               |  |  |   |                        |                                   |  |   | § Meldepflicht für den direkten Erregernachweis sowie nachfolgend für das Ergebnis der Resistenzbestimmung: vorab auch für den Nachweis säurefester Stäbchen im Sputum, * mikroskopisch färbereicher Nachweis säurefester Stäbchen bestätigt durch Nukleinsäurenachweis aus Material aus dem gleichen Organsystem  |
| <i>Neisseria meningitidis</i> <sup>§</sup>                               | *  | *#^                            | *^°                      | *#^                             |  |  |   |                        |                                   |  |   | § Meldepflicht nur für den direkten Nachweis aus Liquor, Blut, hämorrhagischen Hautinfiltraten oder anderen normalerweise sterilen Substraten, * nur aus Liquor, # nur aus Blut, ^ nur aus hämorrhagischen Hautinfiltraten oder anderen normalerweise sterilen klinischen Materialien, ° von gram-negativen Diplokokken  |
| Norovirus  | *  |                                | #                        |                                 |  |  |   |                        |                                   |  |   | * nur aus Stuhl, einschließlich Schnelltest, # Elektronenmikroskopie   |
| <i>Plasmodium</i> spp.   | Nichtnamentliche Meldung direkt an das Robert Koch-Institut über separates Meldeformular (gemäß § 7 Abs. 3 IfSG) |                                |                          |                                 |  |  |   |                        |                                   |  |   |  |
| Poliovirus   |  | *                              |                          |                                 |  |  |   |                        |                                   |  |   | * UND serologische Typisierung   |
| Rabiesvirus, Lyssavirus  |  |                                |                          |                                 |  |  |   |                        |                                   |  |   |  |
| <i>Rickettsia prowazekii</i>   | *  |                                |                          |                                 | #  | #^°  |   |                        |                                   |  |   | * nur aus Gewebeproben (z.B. Milz, Lunge), # IgM, ^ IgG, ° Antikörpernachweis mittels KBR  |
| Rotavirus  | *  |                                | *#                       | *                               |  |  |   |                        |                                   |  |   | * nur aus Stuhl, # Elektronenmikroskopie   |
| Rötelnvirus  |  |                                |                          |                                 | *  | *#   |   |                        |                                   |  |   | * IgM, # IgG, ^ bei konnatalen Röteln zweimaliger Nachweis im 6.-12. Lebensmonat, idealerweise im Abstand von 3 Monaten  |
| <i>Salmonella</i> Paratyphi <sup>§</sup>                                 |  |                                |                          |                                 |  |  |   |                        |                                   |  |   | § Meldepflicht für alle direkten Nachweise   |
| <i>Salmonella</i> Typhi <sup>§</sup>                                     |  |                                |                          |                                 |  |  |   |                        |                                   |  |   | § Meldepflicht für alle direkten Nachweise   |
| <i>Salmonella</i> , sonstige   |  |                                |                          |                                 |  |  |   |                        |                                   |  |   |  |
| <i>Shigella</i> spp.   |  |                                |                          |                                 |  |  |   |                        |                                   |  |   |  |
| <i>Toxoplasma gondii</i> , konnatal                                      | Nichtnamentliche Meldung direkt an das Robert Koch-Institut über separates Meldeformular (gemäß § 7 Abs.3 IfSG)  |                                |                          |                                 |  |  |   |                        |                                   |  |   |  |
| <i>Treponema pallidum</i>  | Nichtnamentliche Meldung direkt an das Robert Koch-Institut über separates Meldeformular (gemäß § 7 Abs.3 IfSG)  |                                |                          |                                 |  |  |   |                        |                                   |  |   |  |
| <i>Trichinella spiralis</i>  |  |                                | *                        |                                 | #  | ^  |   |                        |                                   |  |   | * von <i>Trichinella</i> -Larven nur aus einer Muskelbiopsie, # IgM, ^ IgG   |
| Varicella-Zoster-Virus   | *  | *                              |                          | *                               | #  | #^   |   |                        |                                   |  |   | * nur aus Bläscheninhalt, Liquor, bronchoalveolärer Lavage, Blut, Fruchtwasser oder Gewebe, # IgM, ^ IgG, IgA  |
| <i>Vibrio cholerae</i> O <sub>1</sub> und O <sub>139</sub>               | *  | *                              |                          |                                 |  |  |   | *                      | *                                 |  |   | * Erregersisolierung (kulturell) UND O1- oder O139-Antigen nur aus dem Isolat UND (Toxinnachweis ODER Toxingennachweis)  |
| Virale hämorrhagische Fieber, andere                                     |  |                                | *                        |                                 | #  | #^   |   |                        |                                   |  |   | * Elektronenmikroskopie, # IgM, ^ IgG  |
| <i>Yersinia</i> spp., darmpathogen                                       |  |                                |                          |                                 |  |  |   |                        |                                   |  |   |  |
| <i>Yersinia pestis</i>   |  |                                |                          |                                 | *  | *  |   |                        |                                   |  |   | * IgG  |
| Zikavirus <sup>§</sup>   |  |                                |                          |                                 | *  | *#   |   |                        |                                   |  |   | § gemäß IfSG-Meldepflicht-Anpassungsverordnung, * IgM, # IgG   |