

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

per Fax: **07561/9880-11**

Vertraulich

**Gesundheitsamt Ravensburg
-Außenstelle Leutkirch-
Wangener Straße 12**

88299 Leutkirch

Tel: 07561/9880-10

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

Einsendender Arzt bzw. einsendendes Krankenhaus:

Name der Einrichtung: Telefon:

Name der einsendenden Person:

Anschrift:
Straße und Hausnummer PLZ Ort

Meldendes Labor / Meldende Untersuchungsstelle:

.....
Labor / Untersuchungsstelle

.....
Straße und Hausnummer

|_|_|_|_|_|_|_|
PLZ Ort

.....
Meldende Person Telefonnummer

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

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

| Erreger | Kultur/Isolierung | Spezies/Subspezies/Serovarbestimmung/Genotypisierung | Antikörper-Nachweis | IgM-Antikörper-Nachweis | 4facher Antikörper-Titeranstieg in der 2. Serum-Probe | Antigen-Nachweis | Nukleinsäure-Nachweis (z.B. PCR) | Toxin-Nachweis | Nachweis des Toxingens | Mikroskopischer Nachweis | Histologie | Bemerkungen |
|--|-------------------|--|---------------------|-------------------------|---|------------------|----------------------------------|----------------|------------------------|--------------------------|------------|--|
| Adenoviren | * | * | | | | * | * | | | | | * nur aus Konjunktivalabstrich |
| Bacillus anthracis | | | | | | | | | | * | | * Immunofluoreszenzmikroskopie (Nachweis der Kapsel) |
| Borrelia recurrentis | | | | | | | | | | * | | * Dunkelfeld-, Phasenkontrastmikroskopie |
| Brucella sp. | | | * | | | | | | | ** | | * einmalig hoher Antikörpertiter, ** Immunofluoreszenzmikroskopie |
| Campylobacter sp., d.ampathogen | * | | | | | | | | | | | * Erregerisolierung aus Stuhl |
| Chlamydia psittaci | | | | | | | | | | | | |
| Clostridium botulinum | * | | | | | | | ** | | | | * Erregerisolierung aus Stuhl (Säuglingsbotulismus), Wundmaterial ** Toxin-Nachweis aus Blut, Stuhl, Mageninhalt |
| Corynebacterium diphtheriae, Toxin bildend | | | | | | | | | | | | |
| Coxiella burnetii | * | | | ** | ** | | | | | | | * Erregerisolierung aus Blut, ** Antikörper-Nachweis gegen Phase-2-Antigene |
| Cryptosporidium parvum | | | | | | * | | | | ** | | * Antigen-Nachweis im Stuhl, ** aus Stuhl, Darmflüssigkeit, Biopsien |
| Ebola-Virus | | | | | | | | | | * | | * Elektronenmikroskopie |
| Echinococcus sp. | | | | | | | | | | | | Meldung direkt an das Robert Koch-Institut über separates Meldeformular |
| Escherichia coli, (EHEC) | * | | | ** | ** | | | + | + | | | * aus Stuhl, ** nur LPS-Antikörper, bei HUS, + nur aus E. coli-Isolat |
| Escherichia coli, sonstige | * | | | | | | | *+ | + | | | * aus Stuhl, + nur aus E. coli-Isolat |
| Francisella tularensis | | | * | | | ** | | | | | | * Nachweis eines einmalig hohen Antikörpertiters, ** z.B. Immunofluoreszenzmikroskopie, ELISA |
| FSME-Virus | | | * | ** | *** | | + | | | | | * IgG aus Liquor, ** aus Blut oder Liquor, *** aus Blut, + aus Blut, Liquor, post mortem aus Organewebe |
| Gelbfieberevirus | | | | | | | | | | | | |
| Giardia lamblia | | | | | | | | | | * | | * im Stuhl oder Duodenalsekret |
| Haemophilus influenzae | * | * | | | | * | * | | | | | * nur aus Liquor oder Blut |
| Hantaviren | | | | | | | | | | | | |
| Hepatitis-A-Virus | | | | | | * | | | | | | * im Stuhl |
| Hepatitis-B-Virus | | | | * | | ** | | | | | | * HBc-IgM-Antikörper, ** HBs-Antigen bestätigt durch Zusatztest |
| Hepatitis-C-Virus | | | ** | | | | * | | | | | * chronische Infektion nicht bekannt, ** HCV-Antikörper bestätigt durch Zusatztest |
| Hepatitis-D-Virus | | | | * | | * | * | | | | | * Nachweis einer HBV-Infektion (HBsAg oder HBV-DNA positiv) muss vorliegen |
| Hepatitis-E-Virus | | | | | | | | | | | | |
| HIV | | | | | | | | | | | | Meldung direkt an das Robert Koch-Institut über separates Meldeformular |
| Influenza-Viren | | | | | | * | | | | | | * in Zellen des Nasen-Rachen-Raums |
| Lassa-Virus | | | | | | | | | | * | | * Elektronenmikroskopie |
| Legionella sp. | * | | | | ** | + | | | | | | * Sekrete des Respirationstraktes, Lungengewebe, Pleuraflüssigkeit ** SGI-Legionella-Antikörper, + SGI-Legionella-Antigen im Urin |
| Leptospira interrogans | | | | | | | | | | * | | * Immunofluoreszenzmikroskopie |
| Listeria monocytogenes | * | | | | | | | | | | | * aus Blut, Liquor oder normalerweise sterilen Substraten, Abstrichen von Neugeborenen |
| Marburg-Virus | | | | | | | | | | * | | * Elektronenmikroskopie |
| Masern-Virus | | | | | | | | | | | | |
| Mycobacterium leprae | | | * | | | | | | | | | * einmalig hoher PGL-1-Antikörpertiter |
| Mycobacterium tuberculosis-Komplex | * | | | | | | | | | ** | | * Ergebnisse der Typendifferenzierung und der Resistenzbestimmung sind gesondert meldepflichtig, ** Nachweis säurefester Stäbchen |
| Neisseria meningitidis | * | * | | | | * | * | | | * | | * aus Liquor, Blut oder normalerweise sterilen Substraten, ** gram-negative Diplokokken |
| Norwalk-ähnliches Virus | | | | | | * | * | | | * | ** | * nur aus Stuhl, ** Elektronenmikroskopie/Immunelektronenmikroskopie |
| Plasmodium sp. | | | | | | | | | | | | Meldung direkt an das Robert Koch-Institut über separates Meldeformular |
| Poliovirus | | | | | | | | | | | | |
| Rabies-Virus | | | | | | | | | | * | | * Immunofluoreszenzmikroskopie in Gewebeprobe |
| Rickettsia prowazekii | | | | | | | | | | * | | * Immunofluoreszenzmikroskopie in Gewebeprobe |
| Rota-Virus | | | | | | | | | | * | | * Elektronenmikroskopie |
| Rubella-Virus (koninatale Infektion) | | | | | | | | | | | | Meldung direkt an das Robert Koch-Institut über separates Meldeformular |
| Salmonella Paratyphi | | | | | | | | | | | | |
| Salmonella Typhi | | | | | | | | | | | | |
| Salmonella, sonstige | | | | | | | | | | | | |
| Shigella sp. | * | | | | | | | | | | | * aus Stuhl |
| Toxoplasma gondii | | | | | | | | | | | | Meldung direkt an das Robert Koch-Institut über separates Meldeformular |
| Treponema pallidum | | | | | | | | | | | | Meldung direkt an das Robert Koch-Institut über separates Meldeformular |
| Trichinella spiralis | | | | | | | | | | * | | * Nachweis von Trichinella-Larven |
| Vibrio cholerae O 1 und O 139 | | | | | | * | | | | | | * Nachweis des O ₁ - oder O ₁₃₉ -Antigens |
| Yersinia enterocolitica,d.ampathogen | | | * | | | | | | | | | * IgA-Antikörper oder Widal |
| Yersinia pestis | | | | | * | | | | | ** | | * Anti-F-IgG-Antikörper, ** F ₁ -Antigen durch Fluoreszenzmikroskopie |
| Andere Erreger hämorrhagischer Fieber | | | | | | | | | | | | |