**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.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Version 13.06.2019 \_ Meldeformular BW** | **Vertraulich**  Gesundheitsamt………………………………………………………………….………  Straße………………………………………………………………….……………………..  PLZ …………… Ort ……………………………  Tel.: …………… Fax: …………… | **Meldendes Labor / Meldende Untersuchungsstelle**  ………………………………………………………………….………………………………  Labor / Untersuchungsstelle  ………………………………………………………………….………………………………Straße und Hausnummer  ………………………….…………………………………………………………  PLZ Ort  ………………………………………………… …….………………………………………………………  Meldende Person Telefon  E-Mail ………………………………………………………………………… Datum: …… / …… / ……  Tag Monat Jahr |
| **Patient/in**  Name, Vorname: ……………………………………………………………… 🔿 Weiblich 🔿 Männlich 🔿Divers Geburtsdatum: …… / …… / ……  Tag Monat Jahr  Hauptwohnsitz: ………………………………………………………………… PLZ: ……… Ort: ……………………………………………………….  Straße und Hausnummer  Derzeitiger Aufenthaltsort:………………………………………………… PLZ: ……… Ort: ………………………………………………………  (*falls abweichend*) Straße und Hausnummer  Weitere Kontaktdaten: Telefon (Festnetz/mobil): …………………………….E-Mail: …………………………… | |
| **Labordiagnostischer Untersuchungsbefund**  Krankheitserreger / Untersuchungsbefund: ……………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………  (exakte Angaben zu Spezies, Serovar, Pathovar, Toxintyp, Resistenzen, etc., soweit durchgeführt)  Untersuchungsmaterial:…………………………………………………………………………… Eingangsdatum des Materials: …… / …… / …..  Tag Monat Jahr  …………………………………………………………………………….  ……………………………………………………………………………. Labornummer: …………………………………………………………………………………… (bei mehreren Materialien bitte kennzeichnen welche Nachweismethode für welches Material verwendet wurde) | |
| **Nachweismethode:** Nur bei positivem Befund ankreuzen (Angaben gemäß § 9 Abs. 2 Nr. 7 IfSG zwingend erforderlich, s. Rückseite) | |
| **Serologischer Nachweis**  Einzelner deutlich Deutliche Änderung  erhöhter Wert zwischen 2 Proben  IgM 🔿 🔿  IgG 🔿 🔿  IgA 🔿 🔿  Antikörpernachweis 🔿 🔿  (ohne Differenzierung der Immunglobulinklasse)  Andere/nähere Bezeichnung\* 🔿 🔿  ………………………………………………………………………………………………………  \* (z.B. intrathekal gebildete Antikörper)  Zusatztest ……………………………………………………………………………………  (z.B. Immunblot, HBsAg-NT)  **Toxinnachweis**  🔿 direkter Toxinnachweis  🔿 Nachweis des Toxingens (z.B. PCR)  🔿 indirekter (serologischer) Toxinnachweis  **Virulenzfaktornachweis**  🔿 eae 🔿 ipaH 🔿 andere …………………………………………… | **Direkter Erregernachweis**  🔿 Antigennachweis  ………………………………………………………………………………………………………………  (z.B. HBs-Antigen)  🔿 Erregerisolierung (kulturell) / Virusisolierung  ………………………………………………………………………………………………………………  (z.B. Ergebnis der (Spezies-)Identifizierung/Typisierung)  🔿 Mikroskopischer Nachweis  ………………………………………………………………………………………………………………  (z.B. gram-negative Diplokokken, *Trichinella*-Larven)  🔿 Elektronenmikroskopie  🔿 Nukleinsäurenachweis (z.B. PCR)  **Histologischer Nachweis/Histopathologischer Befund**  Befund: ………………………………………………………………………………………………………  **Nachweis der Methicillin-Resistenz bei *S. aureus***  🔿 Empfindlichkeitsprüfung  🔿 MecA-Gen-Nachweis  **Nachweis der Carbapenem-Resistenz bei *Acinetobacter spp.* oder Enterobacteriaceae**  🔿 Empfindlichkeitsprüfung (bitte Antibiogramm der Meldung beifügen)  🔿 Nachweis einer Carbapenemase: …………………………………………………………  (bitte Carbapenemase angeben) |
|  | **Einsendende/r Ärztin/Arzt bzw. einsendendes Krankenhaus**  ……………………………………….……………………………………  Name der Einrichtung/einsendenden Person  ……………………….…………………………………………………  PLZ Ort  Telefon(Festnetz/mobil): E-Mail: | **Interpretation des Befundes, evtl. zusätzliche Informationen**  🔿 Erkennbare Zugehörigkeit zu einem Ausbruch  ……………………………………………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………… |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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.  Zu melden ist der Untersuchungsbefund einschließlich Typisierungsergebnissen |
| Antigennachweis | Erregerisolierung (kulturell) | Mikroskopischer Nachweis | Nukleinsäurenachweis (z.B. PCR) | Ak-Nachweis (einzelner deutlich erhöhter Wert) | Ak-Nachweis (deutliche Änderung zwischen 2 Proben) | Nachweis intrathekal gebildeter AK  (erhöhter Liquor/Serum-Index) | Direkter Toxinnachweis | Nachweis des Toxingens (z.B. PCR) | Indirekter (serologischer) Toxinnachweis |
| *Acinetobacter* spp.§, mit Carbapenem-Resistenz |  | \* |  | \* |  |  |  |  |  |  | § Meldepflicht gemäß IfSG-Meldepflicht-Anpassungsverordnung nur für den direkten Nachweis, \* einschließich Identifizierung mindestens des *Acinetobacter-baumanii*-Komplex und Nachweis der Carbapenem-Resistenz (Empfindlichkeitsprüfung oder Carbapenemase-Nachweis) |
| Adenovirus§ | \* | \* |  | \* |  |  |  |  |  |  | § Meldepflicht nur für den direkten Nachweis im Konjunktivalabstrich, \* nur aus Konjunktivalabstrich |
| Arboviren§ |  |  | \* |  | # | #^ |  |  |  |  | § Meldepflicht gemäß IfSG-Meldepflicht-Anpassungsverordnung, \* Elektronenmikroskopie, # IgM, ^ IgG |
| *Bacillus anthracis* |  |  |  |  |  |  |  |  |  | \* | \* Antikörpernachweis gegen das Anthrax-Toxin |
| *Bordetella pertussis, Bordetella parapertussis* |  | \* |  | \* |  |  |  |  |  | # | \* nur aus Abstrichen oder Sekreten des Nasenrachenraums, # nur für *B. pertussis*: IgG- oder IgA-Nachweis gegen das Pertussis-Toxin |
| *Brucella* spp. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Campylobacter* spp., darmpathogen |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Chikungyavirus§ |  |  |  |  | \* | \*# |  |  |  |  | § gemäß IfSG-Meldepflicht- Anpassungsverordnung, \* IgM, # IgG |
| *Chlamydia psittaci* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Clostridium botulinum* 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 |
| *Corynebacterium* spp.,Toxin bildend |  | \* |  |  |  |  |  | # | # |  | \* und Nachweis des Toxin(-Gen)s aus dem Isolat, # nur aus dem Isolat |
| *Coxiella burnetii* |  |  |  |  | \* | \*# |  |  |  |  | \* IgM, # IgG |
| *Cryptosporidium* spp*.,* humanpathogen |  |  | \* |  |  |  |  |  |  |  | \* von Kryptosporidien oder *Cryptosporidium*-Oozysten |
| Denguevirus | \* |  |  |  | # | #^ |  |  |  |  | \* NS1-Antigen, # IgM, ^ IgG |
| Ebolavirus |  |  |  |  | \* | \*# |  |  |  |  | \* IgM, # IgG |
| *Echinococcus* spp. | Nichtnamentliche Meldung direkt an das Robert Koch-Institut über separates Meldeformular (gem. § 7 Abs. 3 IfSG) | | | | | | | | | | |
| Enterobacteriaceae§, mit Carbapenem-Resistenz |  | \* |  | \* |  |  |  |  |  |  | § Meldepflicht gemäß IfSG-Meldepflicht-Anpassungsverordnung nur für den direkten Nachweis, \*einschließlich Speziesidentifizierung und Nachweis der Carbapenem-Resistenz (Empfindlichkeitsprüfung oder Carbapenemase-Nachweis) |
| *Escherichia coli,* enterohämorrhagisch (EHEC) |  |  |  |  | \* | # |  | ^ | ° |  | \* nur bei HUS: Nachweis von Anti-LPS-IgM (#IgG) gegen *E.-coli*-Serogruppe, ^ Shigatoxin-Nachweis aus der *E.-coli*-Kultur aus Stuhl oder bei O157-Antigennachweis aus Stuhlanreicherungskultur, Stuhlmischkultur oder *E.-coli*-Kultur aus Stuhl, ° Shigatoxin-Gen-Nachweis aus Stuhlanreicherungskultur, Stuhlmischkultur oder *E.-coli*-Kultur aus Stuhl. |
| *Escherichia coli*, sonstige darmpathogene Stämme | Meldung aller Nachweise an das zuständige Gesundheitsamt, keine Übermittlung an das Robert Koch-Institut | | | | | | | | | | |
| *Francisella tularensis* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| FSME-Virus |  |  |  | \* | # | ^ |  |  |  |  | \* nur aus Blut oder Liquor, post mortem aus Organgewebe, # IgM und IgG, ^ IgG |
| Gelbfiebervirus |  |  |  |  | \* | \*# |  |  |  |  | \* IgM, # IgG |
| *Giardia lamblia* |  |  | \* |  |  |  |  |  |  |  | \* einschließlich histologischer Nachweis aus der Darmschleimhaut |
| *Haemophilus influenzae*§ |  | \* |  | \* |  |  |  |  |  |  | § 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§ | \*# |  |  | \* |  |  |  |  |  |  | § Meldepflicht für alle Nachweise, soweit nicht bekannt ist, dass eine chronische Infektion vorliegt, darüber hinaus sollten alle erstmaligen Nachweise (Erstdiagnosen) von Hepatitis-C-Virus gemeldet werden, unabhängig davon, ob sie auf eine akute Infektion hinweisen, \* 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§ | \* | # |  |  |  |  |  |  |  |  | § Meldepflicht nur für den direkten Nachweis, \* einschließlich Influenza-Schnelltest, # einschließlich Schnellkultur |
| Lassavirus |  |  |  |  | \* | \*# |  |  |  |  | \* IgM, # IgG |
| *Legionella* spp. | \* | # |  | #^ | °+ | ° |  |  |  |  | \* nur aus Urin, # nur aus Sekreten des Respirationstraktes, Lungengewebe, Pleuralflüssigkeit, ^ nur aus normalerweise sterilen klinischen Materialien, °mittels IFT + nur für den Nachweis von *L. pneumophila* Serogruppe 1 |
| *Leptospira* spp., humanpathogen |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Listeria monocytogenes*§ |  | \* |  | \* |  |  |  |  |  |  | § 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 Neugeboren- 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 *Staphylococcus aureus* (MRSA) § |  | \* |  |  |  |  |  |  |  |  | § 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 |
| *Mycobacterium leprae* |  |  | \* | # | ^ |  |  |  |  |  | \* (mikroskopisch färberischer 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 |
| *Mycobacterium-tuberculosis*-Komplex, außer BCG§ |  |  | \* | \* |  |  |  |  |  |  | § Meldepflicht für den direkten Erregernachweis sowie nachfolgend für das Ergebnis der Resistenzbestimmung; vorab auch für den Nachweis säurefester Stäbchen im Sputum, \* mikroskopisch färberischer Nachweis säurefester Stäbchen bestätigt durch Nukleinsäurenachweis aus Material aus dem gleichen Organsystem |
| *Neisseria meningitidis*§ | \* | \*#^ | \*^° | \*#^ |  |  |  |  |  |  | § 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§ | \* |  | # |  |  |  |  |  |  |  | § Meldepflicht nur für den direkten Nachweis aus Stuhl,\* nur aus Stuhl, einschließlich Schnelltest, # Elektronenmikroskopie |
| *Plasmodium* spp. | Nichtnamentliche Meldung direkt an das Robert Koch-Institut über separates Meldeformular (gemäß § 7 Abs. 3 IfSG) | | | | | | | | | | |
| Poliovirus |  | \* |  |  |  |  |  |  |  |  | \* und serologische Typisierung |
| Rabiesvirus, Lyssavirus |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Rickettsia prowazekii* | \* |  |  |  | # | #^° |  |  |  |  | \* 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 |
| *Salmonella* Paratyphi§ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | § Meldepflicht für alle direkten Nachweise |
| *Salmonella* Typhi§ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | § Meldepflicht für alle direkten Nachweise |
| *Salmonella*, sonstige |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Shigella* spp. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Toxoplasma gondii, konnatal* | Nichtnamentliche Meldung direkt an das Robert Koch-Institut über separates Meldeformular (gemäß § 7 Abs.3 IfSG) | | | | | | | | | | |
| *Treponema pallidum* | Nichtnamentliche Meldung direkt an das Robert Koch-Institut über separates Meldeformular (gemäß § 7 Abs.3 IfSG) | | | | | | | | | | |
| *Trichinella spiralis* |  |  | \* |  | # | ^ |  |  |  |  | \* von *Trichinella*-Larven nur aus einer Muskelbiopsie, # IgM, ^ IgG |
| Varicella-Zoster-Virus | \* | \* |  | \* | # | #^ |  |  |  |  | \* nur aus Bläscheninhalt, Liquor, bronchoalveolärer Lavage, Blut, Fruchtwasser oder Gewebe, # IgM, ^ IgG, IgA |
| *Vibrio cholerae* O1 und O139 | \* | \* |  |  |  |  |  | \* | \* |  | \* Erregerisolierung (kulturell) und O1- oder O139-Antigen nur aus dem Isolat und (Toxinnachweis oder Toxingennachweis) |
| Virale hämorrhagische Fieber, andere |  |  | \* |  | # | #^ |  |  |  |  | \* Elektronenmikroskopie, # IgM, ^ IgG |
| *Yersinia enterocolitica*, darmpathogen |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *Yersinia pestis* |  |  |  |  |  | \* |  |  |  |  | \* IgG |
| Zikavirus§ |  |  |  |  | \* | \*# |  |  |  |  | § gemäß IfSG-Meldepflicht-Anpassungsverordnung, \* IgM, # IgG |