Labor-Meldeformular

Version März 2007

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

Bitte separates Meldeformular des Robert Koch-Instituts für Meldungen von HIV, *Treponema pallidum*, *Echinococcus* spp., *Plasmodium* spp. sowie konnatale Rubellavirus- und *Toxoplasma gondii*-Infektionen nutzen

Vertraulich

Gesundheitsamt der Stadt Dortmund
Umwelt- und Infektionshygiene
Hövelstraße 8
44137 Dortmund

Tel.: 0231 / 50 - 2 35 13, 50 – 2 35 75

Fax: 0231 / 50 - 2 35 92

Meldendes Labor / Meldende Untersuchungsstelle

.....
Labor/Untersuchungsstelle

.....
Straße und Hausnummer

....
PLZ Ort

....
Meldende Person Telefon

E-Mail ..... Datum: ...../...../.....
Tag Monat Jahr

Patient/in

Name, Vorname: ..... O Weiblich O Männlich Geburtsdatum: ..../...../.....
Tag Monat Jahr

Hauptwohnsitz: ..... PLZ: ..... Ort: .....
Straße und Hausnummer

Derzeitiger Aufenthaltsort: ..... PLZ: ..... Ort: .....
(falls abweichend) Straße und Hausnummer

Labordiagnostischer Untersuchungsbefund

Krankheitserreger/Untersuchungsbefund: .....
(exakte Angaben zu Spezies, Serovar, Pathovar, Toxintyp etc., soweit durchgeführt)

Untersuchungsmaterial: ..... Eingangsdatum des Materials: ...../...../.....
(s. Hinweise zu Angaben zum Untersuchungsmaterial auf der Rückseite) (bei mehreren Materialien bitte Methoden mit angeben) Tag Monat Jahr

..... Labornummer: .....

Nachweismethode: Nur bei positivem Befund ankreuzen (Angaben nach § 9 Abs. 2 Nr. 7 IfSG zwingend erforderlich, s. Rückseite)

Serologischer Nachweis

	Einmalig deutlich erhöhter Wert	Deutliche Änderung zwischen zwei Proben
IgM	O	O
IgG	O	O
IgA	O	O
Antikörpernachweis	O	O
Andere/nähere Bezeichnung *	O	O

..... *
(z.B. HBc-IgM-Antikörper, Chlamydiales-Antikörper, intrathekal gebildete FSME-spezifische Antikörper)

Zusatztest * .....
* (z.B. Immunoblot, HBcAG-NT)

Toxinnachweis

O Toxinnachweis O Toxin-Gennachweis (z.B. PCR)

Virulenzfaktornachweis

O eae O ipaH O andere .....

direkter Erregernachweis

O Erregerisolierung (kulturell) / Virusisolierung
O Nukleinsäurenachweis (z.B. PCR)
O Antigennachweis *
.....
* (z.B. HBs-Antigen, L-pneumophila-Antigen)
O Mikroskopischer Nachweis *
.....
* (z.B. Trophozoiten von G. lamblia, gram-negative Diplokokken, Trichinella-Larven)
O Elektronenmikroskopie
O Zusatztest * .....
* (z.B. HBV-Nukleinsäurenachweis bei HBV)

Histologischer Nachweis / histopathologischer Befund

O charakteristische Veränderungen

Befund: .....

einsendender Arzt bzw. einsendendes Krankenhaus

.....
Name der Einrichtung

....
Name der einsendenden Person Telefon

....
PLZ Ort

Interpretation des Befundes, evtl. zusätzliche Informationen

.....

.....

.....