

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

Vertraulich

Gesundheitsamt

Straße und Hausnummer

PLZ

Ort

Telefon

Fax

Meldendes Labor / Meldende Untersuchungsstelle:

Labor / Untersuchungsstelle

Straße und Hausnummer

PLZ

Ort

Meldende Person

Telefonnummer

Datum

Tag / Monat / Jahr

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)

- Kultur/Isolierung
- Antikörper-Nachweis
- IgM-Antikörper-Nachweis
- Antigen-Nachweis
- Toxin-Nachweis
- Mikroskopischer Nachweis
- Spezies/Subspezies/Serovarbestimmung/Genotypisierung
- mindestens 4facher Antikörper-Titeranstieg in der 2. Serum-Probe
- Nukleinsäure-Nachweis (z.B. PCR)
- Histologie
- Nachweis des Toxingens
- 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

