

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

Landratsamt Aichach-Friedberg
– Gesundheitsamt –
Krankenhausstr. 9

86551 Aichach

Tel.: 08251 – 92 431

Fax: 08251 - 8197101

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: Eingangdatum 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="checkbox"/> Kultur/Isolierung | <input type="checkbox"/> Spezies/Subspezies/Serovarbestimmung/Genotypisierung |
| <input type="checkbox"/> IgG-Antikörper-Nachweis | <input type="checkbox"/> mindestens 4facher Antikörper-Titeranstieg in der 2. Serum-Probe |
| <input type="checkbox"/> IgM-Antikörper-Nachweis | <input type="checkbox"/> Nukleinsäure-Nachweis (z. B. PCR) |
| <input type="checkbox"/> Antigen-Nachweis | <input type="checkbox"/> Histologie |
| <input type="checkbox"/> Toxin-Nachweis | <input type="checkbox"/> Nachweis des Toxingens |
| <input type="checkbox"/> Mikroskopischer Nachweis | <input type="checkbox"/> 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

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

