

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

Infektionsschutz

Neumayerstr. 10

67433 Neustadt/ Weinstr.

Fax: 06322/961-7320

.....
Telefon

.....
Fax

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

