

# LABOR-MELDEFORMULAR

## Nachweise von Krankheitserregern gemäß §§ 7, 8, 9 IfSG und erweiterter Meldepflicht in M-V\*

Bitte separates Meldeformular des Robert Koch-Instituts für Meldungen gemäß § 7 Abs. 3 IfSG bei Nachweis von *Echinococcus* spp., HIV, *Plasmodium* spp., *Toxoplasma gondii* (koninatale Infektion) sowie *Treponema pallidum* nutzen.

| <b>Vertraulich</b><br><br>Gesundheitsamt<br><br>Straße<br><br>PLZ                      Ort<br><br>Tel.:                      Fax:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>Meldendes Labor / Meldende Untersuchungsstelle</b><br><br>Labor / Untersuchungsstelle<br><br>Straße und Hausnummer<br><br>PLZ                      Ort<br><br>Meldende Person                      Telefon<br><br>E-Mail ..... Datum: ..... / ..... / .....<br>Tag    Monat    Jahr |                                      |                                      |     |                       |                       |     |                       |                       |     |                       |                       |                                                                      |                       |                       |                                                  |  |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|-----|-----------------------|-----------------------|-----|-----------------------|-----------------------|-----|-----------------------|-----------------------|----------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------------|--------------------------------------------------|--|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Patient/in</b><br><br>Name, Vorname: ..... <input type="radio"/> Weiblich <input type="radio"/> Männlich    Geburtsdatum: ..... / ..... / .....<br>Tag    Monat    Jahr<br><br>Hauptwohnsitz: .....    PLZ: .....    Ort: .....<br>Straße und Hausnummer<br><br>Derzeitiger Aufenthaltsort: .....    PLZ: .....    Ort: .....<br>(falls abweichend)    Straße und Hausnummer                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                      |                                      |     |                       |                       |     |                       |                       |     |                       |                       |                                                                      |                       |                       |                                                  |  |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Labordiagnostischer Untersuchungsbefund</b><br><br>Krankheitserreger / Untersuchungsbefund: .....<br>(exakte Angaben zu Spezies, Serovar, Pathovar, Toxintyp, Resistenzen, etc., soweit durchgeführt)<br><br>Untersuchungsmaterial: .....    Eingangsdatum des Materials: ..... / ..... / .....<br>Tag    Monat    Jahr<br><br>.....    Labornummer: .....<br>(bei mehreren Materialien bitte kennzeichnen welche Nachweismethode für welches Material verwendet wurde)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                      |                                      |     |                       |                       |     |                       |                       |     |                       |                       |                                                                      |                       |                       |                                                  |  |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Nachweismethode:</b> Nur bei positivem Befund ankreuzen (Angaben gemäß § 9 Abs. 2 Nr. 7 IfSG zwingend erforderlich, s. Rückseite)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                      |                                      |     |                       |                       |     |                       |                       |     |                       |                       |                                                                      |                       |                       |                                                  |  |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Serologischer Nachweis</b> <table border="0"><thead><tr><th></th><th>Einzelner deutlich erhöhter Wert</th><th>Deutliche Änderung zwischen 2 Proben</th></tr></thead><tbody><tr><td>IgM</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr><tr><td>IgG</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr><tr><td>IgA</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr><tr><td>Antikörpernachweis<br/>(ohne Differenzierung der Immunglobulinklasse)</td><td><input type="radio"/></td><td><input type="radio"/></td></tr><tr><td>Andere/nähere Bezeichnung* <input type="radio"/></td><td></td><td><input type="radio"/></td></tr></tbody></table> <p>.....<br/>* (z.B. intrathekal gebildete Antikörper)</p> <p>Zusatztest .....<br/>(z.B. Immunblot, HBsAg-NT)</p> <b>Toxinnachweis</b><br><input type="radio"/> direkter Toxinnachweis<br><input type="radio"/> Nachweis des Toxingens (z.B. PCR)<br><input type="radio"/> indirekter (serologischer) Toxinnachweis |                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Einzelner deutlich erhöhter Wert     | Deutliche Änderung zwischen 2 Proben | IgM | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | IgG | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | IgA | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Antikörpernachweis<br>(ohne Differenzierung der Immunglobulinklasse) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | Andere/nähere Bezeichnung* <input type="radio"/> |  | <input type="radio"/> | <b>Direkter Erregernachweis</b><br><input type="radio"/> Antigennachweis<br>.....<br>(z.B. HBs-Antigen, L.-pneumophila-Antigen)<br><input type="radio"/> Erregerisolierung (kulturell) / Virusisolierung<br><input type="radio"/> Mikroskopischer Nachweis<br>.....<br>(z.B. Trophozoiten von <i>G. lamblia</i> , gram-negative Diplokokken, <i>Trichinella</i> -Larven)<br><input type="radio"/> Elektronenmikroskopie<br><input type="radio"/> Nukleinsäurenachweis (z.B. PCR)<br><input type="radio"/> Zusatztest * .....<br>* (z.B. HBV-Nukleinsäurenachweis bei HBV)<br><b>Histologischer Nachweis / Histopathologischer Befund</b><br><input type="radio"/> Charakteristische Veränderungen<br>Befund: .....<br><b>Methicillinresistenz-Nachweis bei <i>Staph. aureus</i></b><br><input type="radio"/> Empfindlichkeitsprüfung<br><input type="radio"/> MecA-Gen-Nachweis<br><b>Nachweis der Carbapenem-Resistenz bei <i>Acinetobacter</i> spp. oder Enterobacteriaceae</b><br><input type="radio"/> Empfindlichkeitsprüfung (bitte Antibiogramm der Meldung beifügen)<br><input type="radio"/> Nachweis einer Carbapenemase: .....<br>(bitte Carbapenemase angeben) |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Einzelner deutlich erhöhter Wert                                                                                                                                                                                                                                                       | Deutliche Änderung zwischen 2 Proben |                                      |     |                       |                       |     |                       |                       |     |                       |                       |                                                                      |                       |                       |                                                  |  |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| IgM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="radio"/>                |                                      |     |                       |                       |     |                       |                       |     |                       |                       |                                                                      |                       |                       |                                                  |  |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| IgG                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="radio"/>                |                                      |     |                       |                       |     |                       |                       |     |                       |                       |                                                                      |                       |                       |                                                  |  |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| IgA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="radio"/>                |                                      |     |                       |                       |     |                       |                       |     |                       |                       |                                                                      |                       |                       |                                                  |  |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Antikörpernachweis<br>(ohne Differenzierung der Immunglobulinklasse)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="radio"/>                |                                      |     |                       |                       |     |                       |                       |     |                       |                       |                                                                      |                       |                       |                                                  |  |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Andere/nähere Bezeichnung* <input type="radio"/>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="radio"/>                |                                      |     |                       |                       |     |                       |                       |     |                       |                       |                                                                      |                       |                       |                                                  |  |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>Einsendende/r Ärztin/Arzt bzw. einsendendes Krankenhaus</b><br><br>.....<br>Name der Einrichtung<br><br>.....<br>Name der einsendenden Person                      Telefon<br><br>.....<br>PLZ                      Ort                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>Interpretation des Befundes, evtl. zusätzliche Informationen</b><br><br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....                                                                                                                                                                   |                                      |                                      |     |                       |                       |     |                       |                       |     |                       |                       |                                                                      |                       |                       |                                                  |  |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

| Erreger                                                           | Direkter Erregernachweis                                                                                        |                               |                          |                                 | Indirekter Erregernachweis                     |                                               |                                                                 |                        | Toxinnachweis                     |                                          |  |  | Histologischer Nachweis                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 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).<br>Der Falldefinition für die Übermittlung durch das Gesundheitsamt gemäß § 11 IfSG entsprechen nur die Nachweismethoden in den gefärbten Feldern. |
|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------|---------------------------------|------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------|--|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                   | Antigennachweis                                                                                                 | Erregerisolierung (kulturell) | Mikroskopischer Nachweis | Nukleinsäurenachweis (z.B. PCR) | AK-Nachweis (einzelner deutlich erhöhter Wert) | AK-Nachweis (deutliche Änderung zw. 2 Proben) | Nachweis intrahäkal gebildeter AK (erhöhter Liquor/Serum-Index) | Direkter Toxinnachweis | Nachweis des Toxingens (z.B. PCR) | Indirekter (serologischer) Toxinnachweis |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <i>Acinetobacter</i> spp. <sup>§</sup> , mit Carbapenem-Resistenz |                                                                                                                 | *                             |                          | *                               |                                                |                                               |                                                                 |                        |                                   |                                          |  |  | § Meldepflicht gemäß IfSG-Meldepflicht-Anpassungsverordnung nur für den direkten Nachweis, * einschließlich Identifizierung mindestens des <i>Acinetobacter-baumannii</i> -Komplex UND Nachweis der Carbapenem-Resistenz (Empfindlichkeitsprüfung ODER Carbapenemase-Nachweis) bei Infektion oder Kolonisation                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Adenovirus <sup>§</sup>                                           | *                                                                                                               | *                             |                          | *                               |                                                |                                               |                                                                 |                        |                                   |                                          |  |  | § Meldepflicht nur für den direkten Nachweis im Konjunktivalabstrich, * nur aus Konjunktivalabstrich                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Arboviren, sonstige <sup>§</sup>                                  |                                                                                                                 |                               | *                        |                                 | #                                              | #^                                            |                                                                 |                        |                                   |                                          |  |  | § Meldepflicht gemäß IfSG-Meldepflicht-Anpassungsverordnung, * Elektronenmikroskopie, # IgM, ^ IgG                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <i>Bacillus anthracis</i>                                         |                                                                                                                 |                               |                          |                                 |                                                |                                               |                                                                 |                        |                                   | *                                        |  |  | * Antikörpernachweis gegen das Anthrax-Toxin                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <i>Bordetella pertussis</i> ,<br><i>Bordetella parapertussis</i>  |                                                                                                                 | *                             |                          | *                               |                                                |                                               |                                                                 |                        |                                   | #                                        |  |  | * nur aus Abstrichen oder Sekreten des Nasenrachenraums, # nur für <i>B. pertussis</i> : IgG- ODER IgA-Nachweis gegen das Pertussis-Toxin                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <i>Borrelia burgdorferi</i> <sup>1)</sup>                         |                                                                                                                 | *                             |                          | **                              | #                                              |                                               |                                                                 |                        |                                   |                                          |  |  | *Erregerisolierung (kulturell) in Einzelfällen; **Nukleinsäure-Nachweis (PCR) aus Liquor, Hautbiopsien oder Gelenkpunktaten bzw. Synoviabiopsien;<br># IgM oder IgG aus Serum und/oder Liquor bei klinischem Verdacht (Immunoblot als Bestätigungstest)                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <i>Borrelia recurrentis</i>                                       |                                                                                                                 | *                             | *#                       | *                               |                                                |                                               |                                                                 |                        |                                   |                                          |  |  | * nur aus Blut, # z.B. im Dunkelfeld, Phasenkontrast oder im gefärbten Ausstrich                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <i>Brucella</i> spp.                                              |                                                                                                                 |                               |                          |                                 |                                                |                                               |                                                                 |                        |                                   |                                          |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <i>Campylobacter</i> spp.,<br>darmpathogen                        | *                                                                                                               |                               |                          |                                 |                                                |                                               |                                                                 |                        |                                   |                                          |  |  | * ELISA, Speziesbestimmung                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Chikungunyavirus <sup>§</sup>                                     |                                                                                                                 |                               |                          |                                 | *                                              | *#                                            |                                                                 |                        |                                   |                                          |  |  | § gemäß IfSG-Meldepflicht- Anpassungsverordnung, * IgM, # IgG                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <i>Chlamydia psittaci</i>                                         |                                                                                                                 |                               |                          | *                               | **<br>#                                        | *#<br>#                                       |                                                                 |                        |                                   |                                          |  |  | * des MOMP <sub>1</sub> -Gens, ** <i>C.-psittaci</i> -spezifische MIF, # bei Kontakt mit potenziell infizierten Vögeln <i>Chlamydiales</i> -Antikörpernachweis mittels KBR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <i>Clostridium botulinum</i> oder<br>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                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <i>Clostridium tetani</i> <sup>1)</sup>                           |                                                                                                                 | *                             |                          | *                               |                                                |                                               |                                                                 | **                     | **                                |                                          |  |  | * Erregerisolierung (kulturell) aus Wundmaterial mit anschließendem Tetanustoxin-Nachweis ** Nachweis des Tetanustoxins (vor Antitoxingabe) im Serum                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <i>Corynebacterium</i> spp.,Toxin<br>bildend                      |                                                                                                                 | *                             |                          |                                 |                                                |                                               |                                                                 | #                      | #                                 |                                          |  |  | * und Nachweis des Toxin(-Gen)s aus dem Isolat, # nur aus dem Isolat                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <i>Coxiella burnetii</i>                                          |                                                                                                                 |                               |                          |                                 | *                                              | *#                                            |                                                                 |                        |                                   |                                          |  |  | * IgM, # IgG                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <i>Cryptosporidium</i> spp.,<br>humanpathogen                     |                                                                                                                 |                               | *                        |                                 |                                                |                                               |                                                                 |                        |                                   |                                          |  |  | * von Kryptosporidien oder <i>Cryptosporidium</i> -Oozysten                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Denguevirus                                                       | *                                                                                                               |                               |                          |                                 | #                                              | #^                                            |                                                                 |                        |                                   |                                          |  |  | * NS1-Antigen, # IgM, ^ IgG                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Ebolavirus                                                        |                                                                                                                 |                               |                          |                                 | *                                              | *#                                            |                                                                 |                        |                                   |                                          |  |  | * IgM, # IgG                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <i>Echinococcus</i> spp.                                          | Nichtnamentliche Meldung direkt an das Robert Koch-Institut über separates Meldeformular (gem. § 7 Abs. 3 IfSG) |                               |                          |                                 |                                                |                                               |                                                                 |                        |                                   |                                          |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <i>Entamoeba histolytica</i> <sup>1)</sup>                        | *                                                                                                               |                               | *                        | *                               |                                                |                                               |                                                                 |                        |                                   |                                          |  |  | * <i>intestinale Amöbiasis</i> : mind. eine der vier folgenden Methoden: direkter Erregernachweis: Nukleinsäure-Nachweis, Antigennachweis, histologischer Nachweis von Trophozoiten nur im Biopsiematerial, mikroskopischer Nachweis erythrophager Trophozoiten nur im Stuhl; <i>extraintestinale Amöbiasis</i> : eine der drei folgenden Methoden: Nukleinsäure-Nachweis nur in Punktions- ode Biopsiematerial, mikroskopischer Nachweis in Punktions- oder Biopsiematerial; Antikörpernachweis (indirekt) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Enterobacteriaceae <sup>§</sup> mit<br>Carbapenem-Resistenz       |                                                                                                                 | *                             |                          | *                               |                                                |                                               |                                                                 |                        |                                   |                                          |  |  | § Meldepflicht gemäß IfSG-Meldepflicht-Anpassungsverordnung nur für den direkten Nachweis, *einschließlich Speziesidentifizierung UND Nachweis der Carbapenem-Resistenz (Empfindlichkeitsprüfung ODER Carbapenemase-Nachweis) bei Infektion oder Kolonisation                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <i>Escherichia coli</i> ,<br>enterohämorrhagisch (EHEC)           |                                                                                                                 |                               |                          |                                 | *                                              | #                                             |                                                                 | ^                      | °                                 |                                          |  |  | * nur bei HUS: Nachweis von Anti-LPS-IgM (#IgG) gegen <i>E.-coli</i> -Serogruppe, ^ Shigatoxin-Nachweis aus der <i>E.-coli</i> -Kultur aus Stuhl ODER bei O157-Antigennachweis aus Stuhlanreicherungskultur, Stuhlmischkultur oder <i>E.-coli</i> -Kultur aus Stuhl, ° Shigatoxin-Gen-Nachweis aus Stuhlanreicherungskultur, Stuhlmischkultur oder <i>E.-coli</i> -Kultur aus Stuhl.                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <i>Escherichia coli</i> , sonstige<br>darmpathogene Stämme        | Meldung aller Nachweise an das zuständige Gesundheitsamt, keine Übermittlung an das Robert Koch-Institut        |                               |                          |                                 |                                                |                                               |                                                                 |                        |                                   |                                          |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <i>Francisella tularensis</i>                                     |                                                                                                                 |                               |                          |                                 |                                                |                                               |                                                                 |                        |                                   |                                          |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| FSME-Virus                                                        |                                                                                                                 |                               |                          | *                               | #                                              | ^                                             |                                                                 |                        |                                   |                                          |  |  | * nur aus Blut oder Liquor, post mortem aus Organgewebe, # IgM UND IgG, ^ IgG                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Gelbfieberevirus                                                  |                                                                                                                 |                               |                          |                                 | *                                              | *#                                            |                                                                 |                        |                                   |                                          |  |  | * IgM, # IgG                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <i>Giardia lamblia</i>                                            |                                                                                                                 |                               | *                        |                                 |                                                |                                               |                                                                 |                        |                                   |                                          |  |  | * einschließlich histologischer Nachweis aus der Darmschleimhaut                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <i>Haemophilus influenzae</i> <sup>§</sup>                        |                                                                                                                 | *                             |                          | *                               |                                                |                                               |                                                                 |                        |                                   |                                          |  |  | § 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 <sup>§</sup>                                    | *#                                                                                                              |                               |                          | *                               |                                                |                                               |                                                                 |                        |                                   |                                          |  |  | § 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                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |

| Erreger                                                                  | Direkter Erregernachweis                                                                                         |                               |                          |                                 | Indirekter Erregernachweis                     |                                               | Toxinnachweis                                                     |                        |                                   |                                          | Histologischer Nachweis | 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).<br>Der Falldefinition für die Übermittlung durch das Gesundheitsamt gemäß § 11 IfSG entsprechen nur die Nachweismethoden in den gefärbten Feldern.     |
|--------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------|---------------------------------|------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|------------------------|-----------------------------------|------------------------------------------|-------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                          | Antigennachweis                                                                                                  | Erregerisolierung (kulturell) | Mikroskopischer Nachweis | Nukleinsäurenachweis (z.B. PCR) | Ak-Nachweis (einzelher deutlich erhöhter Wert) | Ak-Nachweis (deutliche Änderung zw. 2 Proben) | Nachweis intrahepatal gebildeter AK (erhöhter Liquor/Serum-Index) | Direkter Toxinnachweis | Nachweis des Toxingens (z.B. PCR) | Indirekter (serologischer) Toxinnachweis |                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 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 <sup>§</sup>                                              | *                                                                                                                | #                             |                          |                                 |                                                |                                               |                                                                   |                        |                                   |                                          |                         | § 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 <i>L. pneumophila</i> Serogruppe 1                                                                                                                                                                             |
| Leptospira spp., humanpathogen                                           |                                                                                                                  |                               |                          |                                 |                                                |                                               |                                                                   |                        |                                   |                                          |                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Listeria monocytogenes <sup>§</sup>                                      |                                                                                                                  | *                             |                          | *                               |                                                |                                               |                                                                   |                        |                                   |                                          |                         | § 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 Neugeborenen- 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 <i>Staphylococcus aureus</i> (MRSA) <sup>§</sup> |                                                                                                                  | *                             |                          |                                 |                                                |                                               |                                                                   |                        |                                   |                                          |                         | § 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 färbereischer Nachweis säurefester Stäbchen ODER Nachweis von charakteristischen histologischen Veränderungen in Gewebeprobe) UND Nukleinsäurenachweis, # UND (mikroskopischer Nachweis ODER Antikörperrnachweis ODER histologischer Nachweis), ^ PGL-1-Antikörperrnachweis UND Nukleinsäurenachweis                                                                                          |
| Mycobacterium-tuberculosis-Komplex, außer BCG <sup>§</sup>               |                                                                                                                  |                               | *                        | *                               |                                                |                                               |                                                                   |                        |                                   |                                          |                         | § Meldepflicht für den direkten Erregernachweis sowie nachfolgend für das Ergebnis der Resistenzbestimmung; vorab auch für den Nachweis säurefester Stäbchen im Sputum, * mikroskopisch färbereischer Nachweis säurefester Stäbchen bestätigt durch Nukleinsäurenachweis aus Material aus dem gleichen Organsystem                                                                                             |
| Neisseria meningitidis <sup>§</sup>                                      | *                                                                                                                | ##^                           | *^°                      | ##^                             |                                                |                                               |                                                                   |                        |                                   |                                          |                         | § 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 <sup>§</sup>                                                   | *                                                                                                                |                               | #                        |                                 |                                                |                                               |                                                                   |                        |                                   |                                          |                         | § 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 Gewebeprobe (z.B. Milz, Lunge), # IgM, ^ IgG, ° Antikörperrnachweis 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 <sup>§</sup>                                        |                                                                                                                  |                               |                          |                                 |                                                |                                               |                                                                   |                        |                                   |                                          |                         | § Meldepflicht für alle direkten Nachweise                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Salmonella Typhi <sup>§</sup>                                            |                                                                                                                  |                               |                          |                                 |                                                |                                               |                                                                   |                        |                                   |                                          |                         | § Meldepflicht für alle direkten Nachweise                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Salmonella, sonstige                                                     |                                                                                                                  |                               |                          |                                 |                                                |                                               |                                                                   |                        |                                   |                                          |                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Shigella spp.                                                            |                                                                                                                  |                               |                          |                                 |                                                |                                               |                                                                   |                        |                                   |                                          |                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Streptococcus pneumoniae <sup>1)</sup>                                   |                                                                                                                  | *                             |                          | *                               |                                                |                                               |                                                                   |                        |                                   |                                          |                         | * direkter Erregernachweis nur in Liquor, Blut, Gelenkpunktat, Pleuralflüssigkeit oder anderen sterilen klinischen Materialien: Erregerisolierung (kulturell), Nukleinsäure-Nachweis (PCR)                                                                                                                                                                                                                     |
| 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 O <sub>1</sub> und O <sub>139</sub>                      | *                                                                                                                | *                             |                          |                                 |                                                |                                               |                                                                   | *                      | *                                 |                                          |                         | * Erregerisolierung (kulturell) UND O1- oder O139-Antigen nur aus dem Isolat UND (Toxinnachweis ODER Toxingennachweis)                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Virale hämorrhagische Fieber, andere                                     |                                                                                                                  |                               | *                        |                                 | #                                              | #^                                            |                                                                   |                        |                                   |                                          |                         | * Elektronenmikroskopie, # IgM, ^ IgG                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Yersinia enterocolitica, dampathogen                                     |                                                                                                                  |                               |                          |                                 |                                                |                                               |                                                                   |                        |                                   |                                          |                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Yersinia pestis                                                          |                                                                                                                  |                               |                          |                                 |                                                | *                                             |                                                                   |                        |                                   |                                          |                         | * IgG                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Zikavirus <sup>§</sup>                                                   |                                                                                                                  |                               |                          |                                 | *                                              | ##                                            |                                                                   |                        |                                   |                                          |                         | § gemäß IfSG-Meldepflicht-Anpassungsverordnung, * IgM, # IgG                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

1) Zusätzliche Meldepflicht in Mecklenburg-Vorpommern