

**Labor-Meldeformular**  
**Nachweise von Krankheitserregern gemäß §§ 7, 8, 9 IfSG**

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

**Vertraulich**

**Gesundheitsdienst  
für Landkreis und Stadt Osnabrück**

**Postfach 2509**

.....  
Straße und Hausnummer

**49015**

**Osnabrück**

.....  
PLZ

.....  
Ort

**0541/501-8113**

**0541/501 - 4730**

.....  
Telefon

.....  
Fax

**Meldendes Labor / Meldende Untersuchungsstelle:**

.....  
Labor / Untersuchungsstelle

.....  
Straße und Hausnummer

.....  
PLZ

.....  
Ort

.....  
Meldende Person

.....  
Telefonnummer

Datum

.....  
Tag

.....  
Monat

.....  
Jahr

**Labordiagnostischer Untersuchungsbefund:**

Krankheitserreger / Untersuchungsbefund: Influenza-Viren Gruppe  
(bitte eine Meldung pro Befund) (exakte Angaben zu Spezies, Serotyp, Serovar, Toxintyp etc., soweit durchgeführt)

Untersuchungsmaterial ..... Eingangsdatum des Materials: .....  
(siehe Hinweise auf der Rückseite zu den relevanten Untersuchungsmaterialien) Tag Monat Jahr

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

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

**Patient/in:**

Name: ..... Vorname: .....  Männlich  Weiblich

Geburtsdatum: .....  
Tag Monat Jahr

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

Derzeitiger Aufenthaltsort,  
falls abweichend: .....  
Straße und Hausnummer PLZ Ort

**Einsendender Arzt bzw. einsendendes Krankenhaus:**

Name der Einrichtung: ..... Telefon: .....

Name der einsendenden Person: .....

Anschrift: .....  
Straße und Hausnummer PLZ Ort

**Ergänzende klinische Angaben bei Influenza:**

Erkrankungsbeginn: ..... aktuelle saisonale Impfung:  ja  nein  
Tag Monat Jahr

Symptome:  akuter Krankheitsbeginn  Fieber  Husten  Muskel-, Glieder-, Rücken- oder Kopfschmerzen  
 akutes schweres Atemnotsyndrom (ARDS)  Pneumonie  beatmungspflichtige Atemwegserkrankung

