

# LABOR-MELDEFORMULAR

## Nachweise von Krankheitserregern gemäß §§ 7, 8, 9 IfSG

Bitte separates Meldeformular des Robert Koch-Instituts für Meldungen gemäß § 7 Abs. 3 IfSG von HIV, *Treponema pallidum*, *Echinococcus* spp., *Plasmodium* spp. sowie konnatale *Toxoplasma gondii*-Infektionen nutzen

| <b>Vertraulich</b><br>Landkreis Celle<br>Gesundheitsamt<br>Trift 26<br>29221 Celle<br>Tel.: 05141/916-5000<br>Fax: 05141/916-5098   | <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>Name, Vorname: ..... <input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Männlich Geburtsdatum: ..... / ..... / .....<br>Tag Monat Jahr<br>Hauptwohnsitz: ..... PLZ: ..... Ort: .....<br>Straße und Hausnummer<br>Derzeitiger Aufenthaltsort: ..... PLZ: ..... Ort: .....<br>(falls abweichend) Straße und Hausnummer   |  |                                      |                                      |     |                          |                          |     |                          |                          |     |                          |                          |                    |                          |                          |                            |                          |                          |  |
| <b>Labordiagnostischer Untersuchungsbefund</b><br>Krankheitserreger / Untersuchungsbefund: .....<br>(exakte Angaben zu Spezies, Serovar, Pathovar, Toxintyp, Resistenzen, etc., soweit durchgeführt)<br>Untersuchungsmaterial: ..... Eingangsdatum des Materials: ..... / ..... / .....<br>(s. Hinweise zu Angaben zum Untersuchungsmaterial auf der Rückseite) (bei mehreren Materialien bitte Methoden mit angeben) Tag Monat Jahr<br>.....<br>Labornummer: .....   |  |                                      |                                      |     |                          |                          |     |                          |                          |     |                          |                          |                    |                          |                          |                            |                          |                          |  |
| <b>Nachweismethode:</b> Nur bei positivem Befund ankreuzen (Angaben nach § 9 Abs. 2 Nr. 7 IfSG zwingend erforderlich, s. Rückseite)   |  |                                      |                                      |     |                          |                          |     |                          |                          |     |                          |                          |                    |                          |                          |                            |                          |                          |  |
| <b>Serologischer Nachweis</b> <table border="0"><thead><tr><th></th><th>Einmalig deutlich erhöhter Wert</th><th>Deutliche Änderung zwischen 2 Proben</th></tr></thead><tbody><tr><td>IgM</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>IgG</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>IgA</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Antikörpernachweis</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Andere/nähere Bezeichnung*</td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td></tr></tbody></table> <p>.....<br/>* (z.B. HBc-IgM-Antikörper, <i>Chlamydiales</i>-Antikörper, intrathekal gebildete Antikörper)</p> Zusatztest * .....<br>* (z.B. Immunoblot, HBsAg-NT) |  | Einmalig deutlich erhöhter Wert      | Deutliche Änderung zwischen 2 Proben | IgM | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | IgG | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | IgA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Antikörpernachweis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Andere/nähere Bezeichnung* | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <b>Direkter Erregernachweis</b><br><input type="checkbox"/> Erregerisolierung (kulturell) / Virusisolierung<br><input type="checkbox"/> Nukleinsäurenachweis (z.B. PCR)<br><input type="checkbox"/> Antigennachweis *<br>.....<br>* (z.B. HBs-Antigen)<br><input type="checkbox"/> Mikroskopischer Nachweis *<br>.....<br>* (z.B. gram-negative Diplokokken, <i>Trichinella</i> -Larven)<br><input type="checkbox"/> Elektronenmikroskopie<br><input type="checkbox"/> Zusatztest * .....<br>* (z.B. HBV-Nukleinsäurenachweis bei HBV) |
|   | Einmalig deutlich erhöhter Wert  | Deutliche Änderung zwischen 2 Proben |                                      |     |                          |                          |     |                          |                          |     |                          |                          |                    |                          |                          |                            |                          |                          |  |
| IgM   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>             |                                      |     |                          |                          |     |                          |                          |     |                          |                          |                    |                          |                          |                            |                          |                          |  |
| IgG   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>             |                                      |     |                          |                          |     |                          |                          |     |                          |                          |                    |                          |                          |                            |                          |                          |  |
| IgA   | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>             |                                      |     |                          |                          |     |                          |                          |     |                          |                          |                    |                          |                          |                            |                          |                          |  |
| Antikörpernachweis  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>             |                                      |     |                          |                          |     |                          |                          |     |                          |                          |                    |                          |                          |                            |                          |                          |  |
| Andere/nähere Bezeichnung*  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/>             |                                      |     |                          |                          |     |                          |                          |     |                          |                          |                    |                          |                          |                            |                          |                          |  |
| <b>Toxinnachweis</b><br><input type="checkbox"/> direkter Toxinnachweis <input type="checkbox"/> Nachweis Toxinen (z.B. PCR)<br><input type="checkbox"/> indirekter (serologischer) Toxinnachweis   | <b>Histologischer Nachweis / Histopathologischer Befund</b><br>Befund: .....   |                                      |                                      |     |                          |                          |     |                          |                          |     |                          |                          |                    |                          |                          |                            |                          |                          |  |
| <b>Virulenzfaktornachweis</b><br><input type="checkbox"/> eae <input type="checkbox"/> ipaH <input type="checkbox"/> andere .....   | <b>Methicillinresistenz-Nachweis bei <i>Staph. aureus</i></b><br><input type="checkbox"/> Empfindlichkeitsprüfung <input type="checkbox"/> MecA-Gen-Nachweis   |                                      |                                      |     |                          |                          |     |                          |                          |     |                          |                          |                    |                          |                          |                            |                          |                          |  |
| <b>Einsendende/r Ärztin/Arzt bzw. einsendendes Krankenhaus</b><br>.....<br>Name der Einrichtung<br>.....<br>Name der einsendenden Person ..... Telefon .....<br>.....<br>PLZ ..... Ort .....  | <b>Nachweis der Carbapenem-Resistenz bei <i>Acinetobacter</i> spp. oder <i>Enterobacteriaceae</i></b><br><input type="checkbox"/> Empfindlichkeitsprüfung (bitte Antibiogramm der Meldung beifügen)<br><input type="checkbox"/> Nachweis einer Carbapenemase: .....<br>(bitte Carbapenemase angeben) |                                      |                                      |     |                          |                          |     |                          |                          |     |                          |                          |                    |                          |                          |                            |                          |                          |  |
|   | <b>Interpretation des Befundes, evtl. zusätzliche Informationen</b><br>.....<br>.....<br>.....   |                                      |                                      |     |                          |                          |     |                          |                          |     |                          |                          |                    |                          |                          |                            |                          |                          |  |

| Erreger  | Direkter Erregernachweis  |                              |                          |                                 | Indirekter Erregernachweis                     |   |  | Toxinnachweis          |                                   |  | Bemerkungen: Meldepflichtig durch das Labor sind die Nachweise der aufgeführten Krankheitserreger: <u>namentlich</u> gemäß § 7 Abs. 1 IfSG soweit sie auf eine akute Infektion hinweisen bzw. <u>nichtnamentlich</u> gemäß § 7 Abs. 3 IfSG (separates Meldefomular).<br>Der Falldefinition für die Übermittlung durch das Gesundheitsamt gemäß § 11 IfSG entsprechen nur die Nachweismethoden in den gefärbten Feldern. |
|--|---|------------------------------|--------------------------|---------------------------------|--|---|--|------------------------|-----------------------------------|--|---|
|  | Antigennachweis   | Erregersolierung (kulturell) | Mikroskopischer Nachweis | Nukleinsäurenachweis (z.B. PCR) | Ak-Nachweis (einzelner deutlich erhöhter Wert) | Ak-Nachweis (deutliche Änderung z.wischen 2 Proben) | Nachweis intrathekal 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        |   | *                            |                          | *                               |  |   |  |                        |                                   |  | § Meldepflichtig 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)  |
| Adenovirus <sup>§</sup>  | *   | *                            |                          | *                               |  |   |  |                        |                                   |  | § Meldepflichtig nur für den direkten Nachweis im Konjunktivalabstrich, * nur aus Konjunktivalabstrich  |
| Arboviren <sup>§</sup>   |   |                              | *                        |                                 | #  | #^  |  |                        |                                   |  | § Meldepflichtig gemäß IfSG-Meldepflicht-Anpassungsverordnung, * Elektronenmikroskopie, # IgM, ^ IgG  |
| <i>Bacillus anthracis</i>  |   |                              |                          |                                 |  |   |  |                        |                                   | *  | * Antikörpernachweis gegen das Anthrax-Toxin  |
| <i>Bordetella pertussis</i> , <i>Bordetella parapertussis</i>            |   | *                            |                          | *                               |  |   |  |                        |                                   | #  | * nur aus Abstrichen oder Sekreten des Nasenrachtraums, # nur für <i>B. pertussis</i> : IgG- ODER IgA-Nachweis gegen das Pertussis-Toxin  |
| <i>Borrelia recurrentis</i>  |   | *                            | *#                       | *                               |  |   |  |                        |                                   |  | * nur aus Blut, # z.B. im Dunkelfeld, Phasenkontrast oder im gefärbten Ausstrich  |
| <i>Brucella</i> spp.   |   |                              |                          |                                 |  |   |  |                        |                                   |  |   |
| <i>Campylobacter</i> spp., dampathogen                                   |   |                              |                          |                                 |  |   |  |                        |                                   |  |   |
| Chikungyavirus <sup>§</sup>  |   |                              |                          |                                 | *  | *#  |  |                        |                                   |  | § gemäß IfSG-Meldepflicht-Anpassungsverordnung, * IgM, # IgG  |
| <i>Chlamydia psittaci</i>  |   |                              |                          |                                 |  |   |  |                        |                                   |  |   |
| <i>Clostridium botulinum</i> oder 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>Corynebacterium</i> spp., Toxin bildend                               |   | *                            |                          |                                 |  |   |  | #                      | #                                 |  | * und Nachweis des Toxin(-Gen)s aus dem Isolat, # nur aus dem Isolat  |
| <i>Coxiella burnetii</i>   |   |                              |                          |                                 | *  | *#  |  |                        |                                   |  | * IgM, # IgG  |
| <i>Cryptosporidium</i> spp., 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 Meldefomular (gem. § 7 Abs. 3 IfSG)  |                              |                          |                                 |  |   |  |                        |                                   |  |   |
| Enterobacteriaceae <sup>§</sup> , mit Carbapenem-Resistenz               |   | *                            |                          | *                               |  |   |  |                        |                                   |  | § Meldepflichtig gemäß IfSG-Meldepflicht-Anpassungsverordnung nur für den direkten Nachweis, * einschließlich Speziesidentifizierung UND Nachweis der Carbapenem-Resistenz (Empfindlichkeitsprüfung ODER Carbapenemase-Nachweis)  |
| <i>Escherichia coli</i> , 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 dampathogene Stämme                   | Meldung aller Nachweise an das zuständige Gesundheitsamt, keine Übermittlung an das Robert Koch-Institut        |                              |                          |                                 |  |   |  |                        |                                   |  |   |
| <i>Francisella tularensis</i>  |   |                              |                          | *                               | #  | ^   |  |                        |                                   |  | * nur aus Blut oder Liquor, post mortem aus Organewebe, # IgM UND IgG, ^ IgG  |
| FSME-Virus   |   |                              |                          | *                               | #  | ^   |  |                        |                                   |  | * IgM, # IgG  |
| Gelbfiebervirus  |   |                              |                          | *                               | #  | ^   |  |                        |                                   |  | * einschließlich histologischer Nachweis aus der Darmschleimhaut  |
| <i>Giardia lamblia</i>   |   |                              | *                        |                                 |  |   |  |                        |                                   |  | § Meldepflichtig nur für den direkten Nachweis aus Blut oder Liquor, * nur aus Blut oder Liquor   |
| <i>Haemophilus influenzae</i> <sup>§</sup>                               |   | *                            |                          | *                               |  |   |  |                        |                                   |  | § Meldepflichtig 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>   |   | *#                           |                          | *                               |  |   |  |                        |                                   |  | § Meldepflichtig für alle Nachweise, soweit nicht bekannt ist, dass eine chronische Infektion vorliegt, darüber hinaus sollten alle erstmaligen Nachweise (Erst Diagnosen) von Hepatitis-C-Virus gemeldet werden, unabhängig davon, ob sie auf eine akute Infektion hinweisen, * nur aus Blut, # HCV-Core-Antigen   |
| 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 Meldefomular (gem. § 7 Abs. 3 IfSG)  |                              |                          |                                 |  |   |  |                        |                                   |  |   |
| Influenzavirus <sup>§</sup>  | *   | #                            |                          |                                 |  |   |  |                        |                                   |  | § Meldepflichtig nur für den direkten Nachweis, * einschließlich Influenza-Schnelltest, # einschließlich Schnellkultur  |
| Lassavirus   |   |                              |                          |                                 | *  | *#  |  |                        |                                   |  | * IgM, # IgG  |
| <i>Legionella</i> spp.   | *   | #                            |                          | #^                              | °+   | °   |  |                        |                                   |  | * nur aus Urin, # nur aus Sekreten des Respirationstraktes, Lungengewebe, Pleuralfüssigkeit, ^ nur aus normalerweise sterilen klinischen Materialien, ° mittels IFT + nur für den Nachweis von <i>L. pneumophila</i> Serogruppe 1   |
| <i>Leptospira</i> spp., humanpathogen                                    |   |                              |                          |                                 |  |   |  |                        |                                   |  |   |
| <i>Listeria monocytogenes</i> <sup>§</sup>                               |   | *                            |                          | *                               |  |   |  |                        |                                   |  | § Meldepflichtig 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 Schwangerschaftssteriose 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> |   | *                            |                          |                                 |  |   |  |                        |                                   |  | § Meldepflichtig 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  |
| <i>Mycobacterium leprae</i>  |   |                              | *                        | #                               | ^  |   |  |                        |                                   |  | * (mikroskopisch färbischer Nachweis säurefester Stäbchen ODER Nachweis von charakteristischen histologischen Veränderungen in Gewebepöben) UND Nukleinsäurenachweis, # UND (mikroskopischer Nachweis ODER Antikörpernachweis ODER histologischer Nachweis), ^ PGL-1-Antikörpernachweis UND Nukleinsäurenachweis  |
| <i>Mycobacterium tuberculosis</i> -Komplex, außer BCG <sup>§</sup>       |   |                              | *                        | *                               |  |   |  |                        |                                   |  | § Meldepflichtig für den direkten Erregernachweis sowie nachfolgend für das Ergebnis der Resistenzbestimmung, vorab auch für den Nachweis säurefester Stäbchen im Sputum, * mikroskopisch färbischer Nachweis säurefester Stäbchen bestätigt durch Nukleinsäurenachweis aus Material aus dem gleichen Organsystem   |
| <i>Neisseria meningitidis</i> <sup>§</sup>                               | *   | *#^                          | *#^                      | *#^                             |  |   |  |                        |                                   |  | § Meldepflichtig 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>   | *   |                              | #                        |                                 |  |   |  |                        |                                   |  | § Meldepflichtig nur für den direkten Nachweis aus Stuhl, * nur aus Stuhl, einschließlich Schnelltest, # Elektronenmikroskopie  |
| <i>Plasmodium</i> spp.   | Nichtnamentliche Meldung direkt an das Robert Koch-Institut über separates Meldefomular (gemäß § 7 Abs. 3 IfSG) |                              |                          |                                 |  |   |  |                        |                                   |  |   |
| Poliovirus   |   | *                            |                          |                                 |  |   |  |                        |                                   |  | * UND serologische Typisierung  |
| Rabiesvirus, Lyssavirus  |   |                              |                          |                                 |  |   |  |                        |                                   |  |   |
| <i>Rickettsia prowazekii</i>   | *   |                              |                          | #                               | #^°  |   |  |                        |                                   |  | * nur aus Gewebepöben (z.B. Milz, Lunge), # IgM, ^ IgG, ° Antikörpernachweis 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   |
| <i>Salmonella</i> Paratyphi <sup>§</sup>                                 |   |                              |                          |                                 |  |   |  |                        |                                   |  | § Meldepflichtig für alle direkten Nachweise  |
| <i>Salmonella</i> Typhi <sup>§</sup>                                     |   |                              |                          |                                 |  |   |  |                        |                                   |  | § Meldepflichtig für alle direkten Nachweise  |
| <i>Salmonella</i> , sonstige   |   |                              |                          |                                 |  |   |  |                        |                                   |  |   |
| <i>Shigella</i> spp.   |   |                              |                          |                                 |  |   |  |                        |                                   |  |   |
| <i>Toxoplasma gondii</i> , konnatal                                      | Nichtnamentliche Meldung direkt an das Robert Koch-Institut über separates Meldefomular (gemäß § 7 Abs.3 IfSG)  |                              |                          |                                 |  |   |  |                        |                                   |  |   |
| <i>Treponema pallidum</i>  | Nichtnamentliche Meldung direkt an das Robert Koch-Institut über separates Meldefomular (gemäß § 7 Abs.3 IfSG)  |                              |                          |                                 |  |   |  |                        |                                   |  |   |
| <i>Trichinella spiralis</i>  |   |                              | *                        | #                               | ^  |   |  |                        |                                   |  | * von <i>Trichinella</i> -Larven nur aus einer Muskelbiopsie, # IgM, ^ IgG  |
| Varicella-Zoster-Virus   | *   |                              | *                        | #                               | #^   |   |  |                        |                                   |  | * nur aus Bläscheninhalt, Liquor, bronchoalveolärer Lavage, Blut, Fruchtwasser oder Gewebe, # IgM, ^ IgG, IgA   |
| <i>Vibrio cholerae</i> O <sub>1</sub> und O <sub>139</sub>               | *   | *                            |                          |                                 |  |   |  | *                      | *                                 |  | * Erregersolierung (kulturell) UND O1- oder O139-Antigen nur aus dem Isolat UND (Toxinnachweis ODER Toxingennachweis)   |
| Virale hämorrhagische Fieber, andere                                     |   |                              | *                        | #                               | #^   |   |  |                        |                                   |  | * Elektronenmikroskopie, # IgM, ^ IgG   |
| <i>Yersinia enterocolitica</i> , dampathogen                             |   |                              |                          |                                 | *  |   |  |                        |                                   |  | * IgG   |
| <i>Yersinia pestis</i>   |   |                              |                          |                                 | *  |   |  |                        |                                   |  | * IgG   |
| Zikavirus <sup>§</sup>   |   |                              |                          | *                               | *#   |   |  |                        |                                   |  | § gemäß IfSG-Meldepflicht-Anpassungsverordnung, * IgM, # IgG  |