

**MELDUNG EINER LYME-BORRELIOSE AN DAS ZUSTÄNDIGE GESUNDHEITSAMT  
ENTSPRECHEND INFKRANKMV DES LANDES BRANDENBURG**

**MELDEBOGEN LYME-BORRELIOSE**

Anschrift des Arztes

Name \_\_\_\_\_  
 Straße \_\_\_\_\_  
 Wohnort \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
 Erkrankungsort / Kreis \_\_\_\_\_  
 Geschlecht      m       w

Auftreten erster Symptome (Datum, Monat, Jahr):	Zeckenstich bekannt?    ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht ermittelbar <input type="checkbox"/>
Datum der Diagnose:	
stationäre Behandlung:    ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	wenn ja von – bis (Datum):

**Klinisches Bild** einer akuten Lyme-Borreliose, definiert als **mindestens eine** der drei Formen:      Zutreffendes bitte ankreuzen!

Erythema migrans, definiert als sich vergrößernder, rötlicher oder bläulich-roter, rundlicher Fleck oder mehrere Flecken, oft mit zentraler Abblassung	<input type="checkbox"/>				
Akute Neuroborreliose, definiert als <b>mindestens eines</b> der drei folgenden Kriterien:					
akute Lähmung von Hirnnerven	<input type="checkbox"/>	akute schmerzhafte Radikuloneuritis	<input type="checkbox"/>	Meningitis	<input type="checkbox"/>
Lyme-Arthritis, definiert als Vorliegen <b>beider</b> folgender Kriterien:					
akute Mon- oder Oligoarthritis mit Erguss	ja <input type="checkbox"/>		nein <input type="checkbox"/>		
<b>UND</b> der Ausschluss von Arthritiden anderer Genese (reaktive Arthritiden und Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises).	ja <input type="checkbox"/>		nein <input type="checkbox"/>		

**Labordiagnostischer Nachweis bei**

**1. Erythema migrans**

Da es sich um eine klinische Diagnose handelt, ist ein labordiagnostischer Nachweis nicht erforderlich.  
 Befunde: wenn Befund erhoben, bitte Ergebnis in Freitextfeld eintragen!

**2. Akute Lyme-Arthritis**

Positiver Befund mit mindestens einer der drei folgenden Methoden

2.1 IgG-Antikörpernachweis (z.B. EIA, ELISA), <b>bestätigt</b> z. B. mit Western-Blot oder Line-Assey	ja <input type="checkbox"/>		nein <input type="checkbox"/>		
2.2 Erregerisolierung (kulturell), <b>nur aus Gelenkpunktat</b>	ja <input type="checkbox"/>		nein <input type="checkbox"/>		
2.3 Nukleinsäure-Nachweis (z.B. PCR), <b>nur aus Gelenkpunktat</b>	ja <input type="checkbox"/>		nein <input type="checkbox"/>		

**3. Akute Neuroborreliose**

3.1 Radikuloneuritis	<input type="checkbox"/>	Meningitis	<input type="checkbox"/>				
Nachweis einer lymphozytären Pleozytose				ja <input type="checkbox"/>		nein <input type="checkbox"/>	
<b>UND</b> positiver Befund mit <b>mindestens einer</b> der drei folgenden Methoden:							
3.1.1 erhöhter Liquor/Serum-Antikörper-Index zum Nachweis intrathekal gebildeter Antikörper	ja <input type="checkbox"/>		nein <input type="checkbox"/>				
3.1.2 Erregerisolierung (kulturell) <b>nur im Liquor</b>	ja <input type="checkbox"/>		nein <input type="checkbox"/>				
3.1.3 Nukleinsäure-Nachweis (z.B. PCR), <b>nur im Liquor</b>	ja <input type="checkbox"/>		nein <input type="checkbox"/>				
3.2 Hirnnervenlähmung Positiver Befund mit <b>mindestens einer</b> der vier folgenden Methoden							
3.2.1 erhöhter Liquor/Serum-Antikörper-Index zum Nachweis intrathekal gebildeter Antikörper	ja <input type="checkbox"/>		nein <input type="checkbox"/>				
3.2.2 IgG-Antikörpernachweis (z.B. EIA, ELISA), bestätigt z.B. mit Western Blot oder Line-Assey	ja <input type="checkbox"/>		nein <input type="checkbox"/>				
3.2.3 Erregerisolierung (kulturell), <b>nur aus Liquor</b>	ja <input type="checkbox"/>		nein <input type="checkbox"/>				
3.2.4 Nukleinsäure-Nachweis (z.B. PCR), <b>nur aus Liquor</b>	ja <input type="checkbox"/>		nein <input type="checkbox"/>				

Bitte senden Sie den ausgefüllten Bogen bei Symptomen einer Borreliose direkt an Gesundheitsamt:

Landkreis Elbe-Elster Gesundheitsamt	<b>→ FAX 03535/463122</b>
---	---------------------------