

Patient/in (Name, Vorname, Adresse des Hauptwohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthaltsorts):

Meldeformular

- Vertraulich -

Meldepflichtige Krankheit gemäß §§ 6,8,9 IfSG

Geschlecht: weiblich männlich divers
geb. am: _____

Weitere Kontaktdaten (Telefon, E-Mail-Adresse):
Wichtig für ggf. erforderliche Rückfrage (gemäß §9 (1) 1.e.)

Verdacht
 Klinische Diagnose
 Tod Todesdatum: _____
Erkrankungsbeginn: _____
Diagnosedatum: _____
Datum der Meldung: _____

Impfstatus bei impfpräventabler Erkrankung:
 Geimpft, Anzahl Impfdosen: _____
Datum der letzten Impfung: _____
Impfstoff: _____
 Nicht geimpft Impfstatus unbekannt

Blut-, Organ-, Gewebe- oder Zellspende in den letzten sechs Monaten

Botulismus
 Lebensmittelbedingter Botulismus
 Wundbotulismus
 Säuglingsbotulismus

Cholera

Clostridioides-difficile-Infektion (CDI), schwere Verlaufsform
 stat. Aufnahme aufgrund ambulant erworbener Infektion
 Aufnahme/Verlegung auf eine Intensivstation
 Chir. Eingriff / Kolektomie aufgrund von Megakolon, Perforation oder refraktärer Kolitis
 Tod innerh. 30 Tagen nach Diagnose und in Zusammenhang mit CDI

Nachweis:
Toxin: A B
aus: Stuhl oder Isolat
als: Toxin oder Toxin-Gen (PCR)
 Histologischer Nachweis
 Endoskopischer Nachweis

Coronavirus-Krankheit 2019 (COVID-19)
 Halsschmerzen/-entzündung
 Husten
 Pneumonie (Lungenentzündung)
 Schnupfen
 akutes schweres Atemnotsyndrom (ARDS)
 beatmungspflichtige Atemwegserkrankung
 Dyspnoe (Atemstörung)
 Fieber
 Geruchs- und/oder Geschmacksverlust

Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK) / vCJK (außer familiär-hereditäre Form)

Diphtherie
 Hautdiphtherie
 Respiratorische Diphtherie

Hepatitis, akute virale, Typ: _____
 Fieber
 Ikterus (Gelbsucht)
 Oberbauchbeschwerden
 erhöhte Serumtransaminasen

HUS (enteropath. hämolytisch-urämisches Syndrom)
 Anämie, hämolytische
 Thrombozytopenie
 Nierenfunktionsstörung
 ärztl. Diagnose eines akuten enteropathischen HUS

Keuchhusten (Pertussis)
 Husten (mind. 2 Wochen Dauer)
 Inspiratorischer Stridor
 Erbrechen nach den Hustenanfällen
Zusätzlich bei Keuchhusten bei Kindern <1 Jahr
 Husten Apnoen

Masern (akut) Exanthembeginn: _____
 Fieber
 Husten
 generalisierter Ausschlag (makulopapulös)
 Katarrh (wässriger Schnupfen)
 Konjunktivitis (Rötung der Bindehaut)

Masern (Folgeerkrankung)
 subakute sklerosierende Panenzephalitis

Meningokokken, invasive Erkrankung
 septisches Krankheitsbild
 Purpura fulminans
 Waterhouse-Friderichsen-Syndrom
 Ekchymosen
 Fieber
 Herz-/Kreislaufversagen
 Hirndruckzeichen
 Pneumonie
 makulopapulöses Exanthem
 meningeale Zeichen
 Petechien

Milzbrand

Mumps
 Geschwollene Speicheldrüse(n) (≥ 2 Tage)
 Hoden- bzw. Eierstockentzündung
 Enzephalitis Fieber
 Hörverlust Meningitis
 Pankreatitis

Orthopocken
 Fieber Hautausschlag
 Hautläsion Schleimhautläsion
 Lymphknotenschwellung

Paratyphus

Pest

Poliomyelitis (als Verdacht gilt jede akute schlaffe Lähmung, außer wenn diese traumatisch bedingt ist)

Röteln (konnatal)

Röteln (postnatal) Exanthembeginn: _____
 Generalisierter Ausschlag Lymphadenopathie im Kopf-
 Arthritis/Arthralgien Hals-Nackengebiet
 Frühgeburt oder Geburt eines Fehlbildgeburt
eines Kindes mit Embryopathie
Scabies (Krätze)

Tollwut **Tollwutexposition, mögliche** (§ 6 Abs.1 Nr. 4 IfSG)

Typhus abdominalis

Tuberkulose

Erkrankung/Tod an einer **behandlungsbedürftigen** Tuberkulose, auch bei fehlendem bakteriologischem Nachweis
 Therapieabbruch/-verweigerung (§6 Abs. 2 IfSG)

Virales hämorrhagisches Fieber (VHF)

Erreger (falls bekannt): _____

Windpocken (nicht Gürtelrose)

Ausschlag an (Schleim-) Haut mit **gleichzeitig vorhandenen** Papeln, Bläschen, bzw. Pusteln und Schorf („Sternenhimmel“)
 Ausschlag an (Schleim-) Haut mit Flecken, Bläschen oder Pusteln

Influenza, zoonotisch

bei aviärer Influenza bitte gesondertes Meldeformular und bei Nachweis saisonaler Influenza über Schnelltest bitte Labormeldeformular nutzen

Mikrobiell bedingte Lebensmittelvergiftung oder akute infektiöse Gastroenteritis

bei Personen, die eine Tätigkeit im Sinne des §42 Abs. 1 IfSG im Lebensmittelbereich ausüben
 bei 2 oder mehr Erkrankungen mit wahrscheinlichem / vermutetem epidemiologischem Zusammenhang

Erreger (falls bekannt): _____

Gesundheitliche Schädigung nach Impfung

Zusätzliche Informationen werden über gesonderten Meldebogen erhoben, der beim Gesundheitsamt zu beziehen ist

Bedrohliche andere Krankheit (z.B. MERS-CoV)

Erkrankung / Erreger: _____

Epidemiologische Situation

Patient/in ist **tätig**:

im medizinischen Bereich (nach §23 IfSG)
 im Lebensmittelbereich (nach §42 IfSG, nur angeben bei Cholera, Typhus/Paratyphus, Virushepatitis A/E, akute infektiöse Gastroenteritis)
 in Gemeinschaftseinrichtung (nach §33 oder §36 IfSG)

Patient/in wird **betreut** oder ist **untergebracht** in

Gemeinschaftseinrichtung für Kinder oder Jugendliche (z.B. Schule, Kinderkrippe)
 stationärer / teilstationärer Pflegeeinrichtung seit: _____
 anderer Einrichtung nach §36 IfSG (z.B. JVA, Unterkunft für Asylsuchende, Obdachlosenunterkunft) seit: _____
Patient/in ist aktuell/war **hospitalisiert** von _____ bis _____
 in intensivmedizinischer Behandlung von _____ bis _____

Einrichtung (Name, Ort, Kontaktdaten): _____

Wahrscheinliche **Infektionsquelle**: _____ **Aufenthaltsort(e)** in Inkubationszeit (Kreis, falls Ausland: Land): _____

Derzeitiger **Aufenthaltsort** (falls abweichend von Anschrift): _____

Bei **HBV, HCV und Tuberkulose**: Staatsangehörigkeit: _____ Geburtsstaat: _____ Ggf. Jahr der Einreise: _____

► unverzüglich zu melden an

Es wurde ein **Labor / eine Untersuchungsstelle** mit der Erregerdiagnostik beauftragt.¹
Name, Ort, Telefonnr. des Labors: _____

Probenentnahme am: _____

Meldende Person

(Name, Praxis/Krankenhaus/Einrichtung, Adresse, Telefonnr.): _____

¹ Die Laborausschlusskennziffer 32006 umfasst Erkrankungen oder den Verdacht auf Krankheiten, bei denen eine gesetzliche Meldepflicht besteht (§§ 6 und 7 IfSG). Das Gesamtpunktzahlvolumen niedergelassener Ärzte wird durch Labornachweise für meldepflichtige Erreger nicht belastet.

Vereinfachte Meldung von Infektionskrankheiten nach § 6, 8 Abs. 7 IfSG bei gehäuftem Auftreten

Name der meldenden Einrichtung:

Nr.	Name, Vorname	Personal ja/nein	Geburtstag	m/w	Wohn- bereich	Zi.	Krankheit	Ver- dacht	Er- krankt	Erkrankt am (Datum+Uhrzeit)	Symptome*	Behandelnder ArztIn (Name+Telefon)	Vorheriger Aufenthalt (Krankenhaus o.ä.)

*) Symptome: E = Erbrechen D = Durchfall F = Fieber s tK = starkes Krankheitsgefühl g K = geringeres Krankheitsgefühl