

Patient (Name, Vorname, Adresse): _____ Geschlecht: ☐ weibl. ☐ männl.

geb. am: _____

Telefon (Festnetz, mobil): _____

E-Mail: _____

Meldeformular

- Vertraulich -

Meldepflichtige Krankheit gemäß §§ 6, 8, 9 IfSG

☐ Verdacht ☐ Klinische Diagnose ☐ Tod, Todesdatum: _____

Erkrankungsdatum¹⁾: _____ Infektionszeitpunkt, -zeitraum¹⁾: _____

Diagnosedatum¹⁾: _____ am/vom: _____

Datum der Meldung: _____ bis: _____

- ☐ **Botulismus**
- ☐ **Cholera**
- ☐ **Clostridium difficile Infektion** (schwerer Verlauf)
(☐ Labornachweis liegt vor
☐ Endoskopie: pseudomembranöse Kolitis)
- Kriterien für einen schweren Verlauf einer C. diff.-Infektion:**
- ☐ Stationäre Aufnahme aufgrund einer ambulant erworbenen Infektion
- ☐ Aufnahme/Verlegung auf Intensivstation
- ☐ Chirurgischer Eingriff (z.B. Kolektomie) wg. Megakolon, Darmperforation od. refraktärer Kolitis
- ☐ Tod innerhalb von 30 Tagen nach Diagnose und Wertung der C. diff.-Infektion als direkte Todesursache od. als zum Tode beitragende Erkrankung
- ☐ **Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK) / vCJK** (außer familiär-hereditären Formen)
- ☐ **Diphtherie**
- ☐ Respiratorische Diphtherie
- ☐ Hautdiphtherie
- ☐ **Hämorrhagisches Fieber, viral**
Erreger²⁾: _____
- ☐ **Hepatitis, akut viral; Typ²⁾:** _____
- ☐ Fieber ☐ Ikterus
- ☐ Oberbauchbeschwerden
- ☐ Serumtransaminasen, erhöhte
- ☐ **HUS (hämolytisch-urämisches Syndrom, enteropathisch)**
- ☐ Anämie, hämolytische
- ☐ Nierenfunktionsstörung
- ☐ Thrombozytopenie

- ☐ **Masern**
- ☐ Fieber ☐ Exanthem
- ☐ Husten ☐ Konjunktivitis
- ☐ Katarrh (wässriger Schnupfen)
- ☐ **Meningokokken-Meningitis/-Sepsis**
- ☐ Septisches Krankheitsbild
- ☐ Purpura fulminans ☐ W-F-Syndrom
- ☐ Fieber ☐ Herz-/Kreislaufversagen
- ☐ Hirndruckzeichen ☐ Meningeale Zeichen
- ☐ Lungenentzündung ☐ Exanthem
- ☐ Haut-/Schleimhauteinblutungen
- ☐ **Milzbrand**
- ☐ **Mumps**
- ☐ Geschw. Speicheldrüse(n)
- ☐ Fieber ☐ Hörverlust
- ☐ Orchitis ☐ Oophoritis
- ☐ Meningitis/Enzephalitis ☐ Pankreatitis
- ☐ **Paratyphus**
- ☐ **Pertussis (Keuchhusten)**
- ☐ Husten (mind. 2 Wochen Dauer)
- ☐ Anfallsweise auftretender Husten
- ☐ Inspiratorischer Stridor
- ☐ Erbrechen nach den Hustenanfällen
- ☐ NUR bei Kindern < 1 Jahr: Husten UND Apnoen
- ☐ **Pest**
- ☐ **Poliomyelitis**
- ☐ **Röteln**
- ☐ Postnatal ☐ Konnatal
- ☐ **Tollwut**
- ☐ **Tollwutexposition, mögliche** (§ 6 Abs. 1 Nr. 4 IfSG)

- ☐ **Typhus abdominalis**
- ☐ **Tuberkulose**
- ☐ Erkrankung/Tod an einer behandlungsbedürftigen Tuberkulose, auch bei fehlendem bakt. Nachweis
- ☐ Therapieabbruch/-verweigerung (§ 6 Abs. 2 IfSG)
- ☐ **Windpocken (NICHT Gürtelrose)**
- ☐ Ausschlag mit Papeln, Bläschen bzw. Pusteln und Schorf (sog. „Sternenhimmel“)
- ☐ **Zoonotische Influenza**
(RKI-Empfehlungen beachten, gesonderter Meldebogen)
- ☐ **Gesundheitliche Schädigung nach Impfung**
Zusätzliche Informationen werden über gesonderten Meldebogen erhoben, der beim Gesundheitsamt zu beziehen ist.
- ☐ **Mikrobiell bedingte Lebensmittelvergiftung oder akute infektiöse Gastroenteritis**
- ☐ a) bei Personen, die eine Tätigkeit im Sinne des § 42 Abs.1 IfSG im Lebensmittelbereich ausüben
- ☐ b) bei 2 oder mehr Erkrankungen mit wahrscheinl./ vermutetem epidemischen Zusammenhang
- Erreger²⁾: _____
- ☐ **Gefahr für die Allgemeinheit** (§ 6 Abs.1 Nr. 5 IfSG)
- ☐ Bedrohliche andere Krankheit
- ☐ Häufung anderer Erkrankungen (2 oder mehr Fälle mit wahrscheinl. / vermutetem epidemischen Zusammenhang)
- Art der Erkrankung / Erreger: ²⁾**

- ☐ **Gehäuftes Auftreten nosokomialer Infektionen**
(gemäß § 6 Abs. 3 IfSG, nichtnamentlich)

Epidemiologische Situation

- ☐ Patient/in ist in medizinischer Einrichtung (§ 23 Abs. 5 IfSG)
- ☐ tätig ☐ wird dort betreut
- Überweisung am _____ Intensivmed. Behandlung
- Aufnahme am _____ ☐ ja ☐ nein
- Entlassung am _____ Dauer: _____
- ☐ Patient/in ist in Heimen, sonst. Massenunterkünften (§ 36 Abs. 1 u. 2 IfSG)
- ☐ tätig ☐ wird dort betreut
- ☐ Patient/in ist in Kindergemeinschaftseinrichtung (§ 33 IfSG, z.B. Schule, Kinderkrippe)
- ☐ tätig ☐ wird dort betreut
- ☐ Patient/in ist im Lebensmittelbereich tätig (§ 42 Abs. 1 IfSG)
nur bei akuter Gastroenteritis, akuter viraler Hepatitis, Typhus, Paratyphus, Cholera
- ☐ **Meldung ist Teil einer Erkrankungshäufung** (2 oder mehr Erkrankungen, bei denen ein epidemiologischer Zusammenhang vermutet wird)
Erreger, Ausbruchsort- und -zeitraum, Exposition

Angaben zur wahrscheinlichen Infektionsquelle

Angaben zur Quelle (Person, Produkt, Einrichtung, Gemeinschaftsunterkunft, Aktivität): _____

☐ Auslandsaufenthalt von: _____ bis: _____ Land: _____

☐ Aufenthalt in anderem Kreis von: _____ bis: _____ Kreis: _____

☐ Blut-, Organ-, Gewebe-, Zellspende in den letzten 6 Monaten _____

Bei Tuberkulose / Hepatitis B&C: Geburtsstaat: _____ Staatsangehörigkeit: _____ ggf. Jahr der Einreise nach D.: _____

Angaben zum Impfstatus (bei impfpräventablen Krankheiten)

☐ Geimpft, Anzahl Impfdosen: _____ Datum der letzten Impfung: _____ ☐ nicht geimpft ☐ Impfstatus unbekannt

► unverzüglich zu melden an:

Adresse des zuständigen Gesundheitsamtes:

☐ Es wurde ein **Labor** /eine Untersuchungsstelle mit der Erregerdiagnostik beauftragt^{3,4)}

Name/Ort/Telefonnummer des Labors:

Probenahme am: _____

Meldende Person/Einrichtung

(Ärztin/Arzt, Praxis/Krankenhaus: Adresse, Telefonnummer):

¹⁾ Wenn das genaue Datum nicht bekannt ist, bitte den wahrscheinlichen Zeitraum angeben. ²⁾ Falls bekannt

³⁾ Die Labornausschlusskennziffer 32006 umfasst Erkrankungen oder den Verdacht auf Erkrankungen, bei denen eine gesetzliche Meldepflicht besteht (§§ 6 und 7 IfSG).

⁴⁾ Die Ausnahmekennziffer 32004 umfasst kulturelle bakteriolog. Untersuchungen und die dazugehörige Empfindlichkeitsprüfung sowie die Untersuchung des Procalcitonins (PCT).