

Patient/in (Name, Vorname, Adresse):

Geschlecht:  weibl.  männl.

geb. am:

Telefon<sup>1)</sup>:

# Meldeformular

- Vertraulich -

## Meldepflichtige Krankheit gemäß §§ 6, 8, 9 IfSG

- Verdacht**
- Klinische Diagnose**
- Tod** Todesdatum: .....

**Nur bei impfpräventablen Krankheiten<sup>1)</sup>:**  
Gegen diese Krankheit

- Geimpft**  **Nicht geimpft**
- Datum (letzte Impfung): .....
- Anzahl Impfdosen: .....
- Impfstoff: .....

- Botulismus**
- Cholera**
- Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK) / vCJK**  
(außer familiär-hereditäre Formen)
- Diphtherie**
- Hämorrhagisches Fieber, viral**  
Erreger, falls bekannt: .....
- Hepatitis, akute virale; Typ:** .....  
 Fieber  
 Ikterus  
 Lebertransaminasen, erhöhte  
 Oberbauchbeschwerden
- HUS (hämolytisch-urämisches Syndrom, enteropathisch)**  
 Anämie, hämolytische  
 Nierenfunktionsstörung  
 Thrombozytopenie
- Keuchhusten (Pertussis)**  
 Husten (mind. 2 Wochen Dauer)  
 Anfallweise auftretender Husten  
 Inspiratorischer Stridor  
 Erbrechen nach den Hustenanfällen  
 NUR bei Kindern <1 Jahr: Husten und Apnoen
- Masern**  
 Exanthem  
 Fieber  
 Husten  
 Katarrh (wässriger Schnupfen)  
 Konjunktivitis

- Meningokokken, invasive Erkrankung**  
 Ekchymosen  Meningeale Zeichen  
 Exanthem  Petechien  
 Fieber  Septisches Krankheitsbild  
 Herz-/Kreislaufversagen  
 Hindruckzeichen  
 Lungenentzündung
- Milzbrand**
- Mumps**  
 Geschwollene Speicheldrüse(n)  
 Fieber  
 Hörverlust  
 Meningitis/Enzephalitis  
 Orchitis (Hodenentzündung)  
 Oophoritis (Eierstockentzündung)  
 Pankreatitis
- Paratyphus**
- Pest**
- Poliomyelitis**  
Als Verdacht gilt jede akute schlaffe Lähmung der Extremitäten, außer wenn traumatisch bedingt
- Röteln**  
 Exanthem  
 Lymphadenopathie im Kopf-Hals-Nackenbereich  
 Arthritis/Arthralgien  
 Rötelnembryopathie
- 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)
- Windpocken (Varizellen)**
- Aviäre Influenza (Vogelgrippe)**  
(Meldepflicht gem. Aviäre-Influenza-Meldepflichtverordnung, Verdacht auf Erkrankung verursacht durch z.B. H5N1, H7N9)
- Gesundheitliche Schädigung nach Impfung**  
(Zusätzliche Informationen werden über gesonderten Meldebogen erhoben, der beim Gesundheitsamt zu beziehen ist)
- Mikrobiell bedingte Lebensmittelvergiftung oder akute infektiöse Gastroenteritis**  
 bei Personen, die eine Tätigkeit im Sinne des § 42 Abs. 1 IfSG im Lebensmittelbereich ausüben oder  
 bei 2 oder mehr Erkrankungen mit wahrscheinlichem oder vermutetem epidemiologischen Zusammenhang  
Erreger, falls bekannt: .....
- Gefahr für die Allgemeinheit**  
 durch eine bedrohliche andere Krankheit  
 Häufung anderer Erkrankungen (2 oder mehr Fälle mit wahrscheinlichem oder vermutetem epidemiologischen Zusammenhang)  
**Art der Erkrankung / Erreger:** .....

### Epidemiologische Situation

- Patient/in ist im medizinischen Bereich tätig
- Patient/in ist im Lebensmittelbereich tätig, nur bei akuter Gastroenteritis, akuter viraler Hepatitis, Typhus, Paratyphus, Cholera (§ 42 Abs. 1 IfSG)
- Patient/in ist in Gemeinschaftseinrichtung **tätig**, z.B. Schule, Kinderkrippe, Heim, sonst. Massenunterkünfte (§§ 34 und 36 Abs. 1 IfSG)
- Patient/in wird **betreut** in Gemeinschaftseinrichtung für Kinder oder Jugendliche, z.B. Schule, Kinderkrippe (§ 33 IfSG)
- Patient/in ist in Krankenhaus / stationärer Pflegeeinrichtung seit: .....
- Name/Ort der Einrichtung: .....
- Sonstiger derzeitiger Aufenthaltsort, falls abweichend von Anschrift: .....
- Wahrscheinlicher Infektionsort, falls abweichend von Aufenthaltsort (Landkreis / Kreisfreie Stadt; Land, falls Ausland): ..... von: ..... bis: .....
- Teil einer Erkrankungshäufung (2 oder mehr Erkrankungen, bei denen ein epidemiologischer Zusammenhang vermutet wird)  
Ausbruchsort, vermutete Exposition, etc.: .....
- Es wurde ein Labor / eine Untersuchungsstelle mit der Erregerdiagnostik beauftragt<sup>2)</sup>  
Name/Ort des Labors: ..... Probenentnahme am: .....

### ► unverzüglich zu melden an:

Adresse des zuständigen Gesundheitsamtes:

**Erkrankungsdatum<sup>3)</sup>:**

**Diagnosedatum<sup>3)</sup>:**

**Datum der Meldung:**

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

<sup>1)</sup> Telefonnummer und Impfstatus des Patienten/ der Patientin bei Einverständnis des Patienten/ der Patientin bitte eintragen.

<sup>2)</sup> Die Laborausschlusskennziffer 32006 umfasst Erkrankungen oder den Verdacht auf Krankheiten, bei denen eine gesetzliche Meldepflicht besteht (§§ 6 und 7 IfSG).

<sup>3)</sup> Wenn genaues Datum nicht bekannt ist, bitte den wahrscheinlichen Zeitraum angeben.