

Patient: \_\_\_\_\_ Geschlecht:  weibl.  männl.

geb. am: \_\_\_\_\_

Telefon<sup>1)</sup>: \_\_\_\_\_

# Meldeformular

- Vertraulich -

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

- Verdacht**
- Klinische Diagnose**
- Tod:**

Nur bei impfpräventablen Krankheiten:

Gegen diese Krankheit:

- geimpft zuletzt:  nicht geimpft

Datum: .....

Wieviele Impfdosis? .....

Art der Impfung (z.B. MMR, DTaP): .....

Todesdatum: .....

<sup>1)</sup>Telefonnummer bitte eintragen

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Botulismus</b>   | <input type="checkbox"/> <b>Paratyphus</b>  |
| <input type="checkbox"/> <b>Cholera</b>  | <input type="checkbox"/> <b>Poliomyelitis</b><br><small>Als Verdacht gilt jede akute schlaffe Lähmung, außer wenn traumatisch bedingt</small>   |
| <input type="checkbox"/> <b>Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK) / vCJK</b><br><small>(außer familiär-hereditären Formen)</small> | <input type="checkbox"/> <b>Pest</b>  |
| <input type="checkbox"/> <b>Diphtherie</b>   | <input type="checkbox"/> <b>Tollwut</b>   |
| <input type="checkbox"/> <b>Hämorrhagisches Fieber, virusbedingt</b>   | <input type="checkbox"/> <b>Tollwutexposition, mögliche</b> (§ 6 Abs. 1 Nr. 4 IfSG)   |
| <input type="checkbox"/> <b>Hepatitis, akute virale; Typ 2):</b> .....   | <input type="checkbox"/> <b>Typhus abdominalis</b>  |
| <input type="checkbox"/> Ikterus   | <input type="checkbox"/> <b>Tuberkulose</b>   |
| <input type="checkbox"/> Oberbauchbeschwerden  | <input type="checkbox"/> Erkrankung/Tod an einer behandlungsbedürftigen Tuberkulose, auch bei fehlendem bakteriologischem Nachweis  |
| <input type="checkbox"/> Lebertransaminasen, erhöhte   | <input type="checkbox"/> Therapieabbruch/-verweigerung  |
| <input type="checkbox"/> Fieber  | <input type="checkbox"/> <b>Mikrobiell bedingte Lebensmittelvergiftung oder akute infektiöse Gastroenteritis</b>  |
| <input type="checkbox"/> <b>HUS (hämolytisch-urämisches Syndrom, enteropathisch)</b>   | <input type="checkbox"/> <b>a)</b> bei Personen, die eine Tätigkeit im Sinne des § 42 Abs.1 IfSG im Lebensmittelbereich ausüben   |
| <input type="checkbox"/> Durchfall   | <input type="checkbox"/> <b>b)</b> bei 2 oder mehr Erkrankungen mit wahrscheinlichem oder vermutetem epidemiologischem Zusammenhang   |
| <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen  | <b>Erreger 2):</b> .....  |
| <input type="checkbox"/> Erbrechen   | <input type="checkbox"/> <b>Gesundheitliche Schädigung nach Impfung</b><br><small>(Zusätzliche Informationen werden über gesonderten Meldebogen erhoben, der beim Gesundheitsamt zu beziehen ist)</small>   |
| <input type="checkbox"/> Nierenfunktionsstörung  | <input type="checkbox"/> <b>Bedrohliche andere Krankheit</b>  |
| <input type="checkbox"/> Thrombozytopenie  | .....   |
| <input type="checkbox"/> Anämie, hämolytische  | <input type="checkbox"/> <b>Häufung anderer Erkrankungen</b><br><small>(2 oder mehr Fälle mit wahrscheinlichem oder vermutetem epidemiologischem Zusammenhang) mit Gefährdung für die Allgemeinheit</small> |
| <input type="checkbox"/> <b>Masern</b>   | <b>Art der Erkrankung / Erreger 2):</b> .....   |
| <input type="checkbox"/> Respiratorische Symptomatik   | .....   |
| <input type="checkbox"/> Katarrh (wässriger Schnupfen)   | <sup>2)</sup> falls bekannt   |
| <input type="checkbox"/> Konjunktivitis  |   |
| <input type="checkbox"/> Kopliksche Flecken  |   |
| <input type="checkbox"/> Fieber  |   |
| <input type="checkbox"/> Exanthem  |   |
| <input type="checkbox"/> <b>Meningokokken-Meningitis/-Sepsis</b>   |   |
| <input type="checkbox"/> Fieber  |   |
| <input type="checkbox"/> Haut-/Schleimhautveränderungen/-läsionen  |   |
| <input type="checkbox"/> Hirndruckzeichen  |   |
| <input type="checkbox"/> Meningeale Zeichen  |   |
| <input type="checkbox"/> Kreislaufversagen, rasch einsetzend   |   |
| <input type="checkbox"/> <b>Milzbrand</b>  |   |

### 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: .....
- Patient/in war im Ausland von: ..... bis: ..... Land/Länder: .....
- Teil einer Erkrankungshäufung (2 oder mehr Erkrankungen, bei denen ein epidemiologischer Zusammenhang vermutet wird): Erregername, Ausbruchsort, vermutete Exposition, etc.: .....
- Es wurde ein Labor / eine Untersuchungsstelle mit der Erregerdiagnostik beauftragt <sup>3)</sup>
- Name des Labors: ..... Probenentnahme am: .....

### ► unverzüglich zu melden an:

Adresse des zuständigen Gesundheitsamtes:

**Erkrankungsdatum**<sup>4)</sup>:

**Diagnosedatum**<sup>4)</sup>:

**Datum der Meldung:**

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

Für Nadeldrucker bitte den Vordruck 12.a.1/E (Verordnung häuslicher Krankenpflege) der KBV, für Laserdrucker nur Adressfeld verwenden

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

<sup>4)</sup> wenn genaues Datum nicht bekannt ist, bitte den wahrscheinlichen Zeitraum angeben.