

Meldeformular

Meldepflichtige Krankheiten gemäß §§ 6, 8, 9 IfSG

Vertraulich

.....
Gesundheitsamt

.....
Straße und Hausnummer

.....
PLZ

.....
Ort

.....
Telefon

.....
(Fax)

Patient/in:

Name:

Vorname:

Männlich

Weiblich

Geburtsdatum: | | | | / | | | | / | | | | | | | |
Tag Monat Jahr

Hauptwohnsitz:
Straße und Hausnummer

| | | | | | | |
PLZ

.....
Ort

Derzeitiger Aufenthaltsort,

falls abweichend:
Straße und Hausnummer

| | | | | | | |
PLZ

.....
Ort

Meldende Person / Einrichtung:

.....
Name der Einrichtung

.....
Straße und Hausnummer

| | | | | | | |
PLZ

.....
Ort

.....
Meldender

.....
Telefonnummer

Datum: | | | | / | | | | / | | | | | | | |
Tag Monat Jahr

Meldepflichtige Krankheit (Bitte entsprechend Verdacht, Erkrankung oder Tod ankreuzen)

Erkrankung	Verdacht	Erkrankung	Tod	Bemerkungen
Botulismus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Cholera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Diphtherie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Humane spongiforme Enzephalopathie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	außer familiär-hereditärer Formen
Virus Hepatitis, akute (Virus unbekannt)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Hepatitis A, akute	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Hepatitis B, akute	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Hepatitis C, akute	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Hepatitis D, akute	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Hepatitis E, akute	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
.....				
Erkrankung	Verdacht	Erkrankung	Tod	Bemerkungen
Hämolytisch-urämisches Syndrom, enteropathisches (HUS)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Hämorrhagisches Fieber, virusbedingt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Masern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Meningokokken-Meningitis/Sepsis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Milzbrand	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Poliomyelitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	als Verdacht gilt jede schlaffe Lähmung, außer wenn traumatisch bedingt
Pest	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Typhus abdominalis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Paratyphus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
.....				
Tollwut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	auch die Verletzung durch ein tollwutkrankes, -verdächtiges oder -ansteckungsverdächtiges Tier sowie Berührung eines solchen Tieres oder Tierkörpers
Tuberkulose	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Meldung auch bei fehlendem bakteriologischen Nachweis, wenn vollständige Antituberkulotika-Therapie indiziert
Mikrobiell bedingte Lebensmittelvergiftung oder akute infektiöse Gastroenteritis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	nur, wenn entweder bei ≥ 2 Erkrankungen ein epidemiologischer Zusammenhang zu vermuten ist oder eine betroffene Person im Lebensmittelbereich tätig ist (§ 42 Abs. 1 IfSG) Erregername (falls bekannt):
Andere bedrohliche Krankheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Erregername (falls bekannt):
Erkrankungshäufigkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	≥ 2 Erkrankungen, bei denen ein epidemiologischer Zusammenhang vermutet wird Erregername (falls bekannt):
Impfschaden	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Zusätzliche Informationen werden über gesonderten Meldebogen, der beim Gesundheitsamt zu beziehen ist, erhoben

= bitte Feld ankreuzen, falls zutreffend

= diese Meldung ist laut §§ 6, 8, 9 IfSG nicht vorgesehen

Symptome/Kriterien, auf die die klinische Diagnose gestützt wird (bitte die wichtigsten Symptome einzeln aufzählen):

.....
.....

Tag der Erkrankung¹: Tag der Diagnose¹:
¹ wenn genaues Datum nicht bekannt ist, bitte den wahrscheinlichen Zeitraum angeben

Verstorben: Nein Ja Wenn ja, Todestag: |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| Nicht bekannt
Tag Monat Jahr

Wahrscheinliche Infektionsquelle: Land: Ort:

Weitere Angaben zur wahrscheinlichen Infektionsquelle (Person, Produkt, Einrichtung):

.....

Blut-/Organ-/Gewebspesende in den letzten 6 Monaten²: Nein Ja Nicht bekannt

² Angabe nur notwendig bei Krankheiten, die durch Blut oder Gewebspesende übertragen werden können

Wenn ja, nähere Angaben:

Aufenthalt/Überweisung/Aufnahme in Krankenhaus oder andere Einrichtung der stationären Pflege (soweit bekannt):

Nein Ja, Wenn ja, wo:
Name der Einrichtung Station/Abteilung

Anschrift:
Straße und Hausnummer PLZ Ort

Aufnahme am: |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| Entlassung am: |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|
Tag Monat Jahr Tag Monat Jahr

Impfstatus zur Erstellung der Diagnose:

Impfstatus in Bezug auf gemeldete Erkrankung, gegen die Impfstoffe zur Verfügung stehen oder standen (z.B. bei Cholera, Diphtherie, FSME, HiB, Hepatitis A oder B, Influenza, Masern, Meningokokken, Poliomyelitis, S. typhi, Tuberkulose)

nicht geimpft geimpft Anzahl der erhaltenen Impfdosen: |_|_| Letzte Impfdosis: |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|
 Impfstatus nicht bekannt Tag Monat Jahr

Tätigkeit oder Betreuung in Gemeinschaftseinrichtungen oder im Lebensmittelbereich:

- Tätigkeit des/der Erkrankten in medizinischen Bereichen oder Gemeinschaftseinrichtungen (z.B. Schule, Kinderkrippe, Heim, sonstige Massenunterkünfte § 36 Abs. 1 oder 2 IfSG)
- Tätigkeit des/der Erkrankten im Lebensmittelbereich (nur bei akuter Gastroenteritis, akuter Virushepatitis, Typhus, Paratyphus, Cholera) (§ 42 Abs. 1 IfSG)
- Erkrankte/r wird in Gemeinschaftseinrichtung für Kinder oder Jugendliche betreut (z.B. Schule, Kinderkrippe, § 33 IfSG)

.....
Name der Einrichtung Straße und Hausnummer PLZ Ort

.....
Name der Einrichtung Straße und Hausnummer PLZ Ort

Labor/Untersuchungsstelle, das/die mit der Erregerdiagnostik beauftragt wurde:

.....
Name des Labors

.....
Straße und Hausnummer PLZ Ort Telefonnummer

= bitte Feld ankreuzen, falls zutreffend