

Patient/in (Name, Vorname, Adresse): Geschlecht: weibl. männl.

geb. am:

Telefon¹⁾:

Meldeformular

- Vertraulich -

Meldepflichtige Krankheit gemäß §§ 6, 8, 9 IfSG

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

Nur bei impfpräventablen Krankheiten¹⁾:
Gegen diese Krankheit

- Geimpft zuletzt** **Nicht geimpft**
- Datum:
- Anzahl Impfdosen:
- Impfstoff:

¹⁾ Telefonnummer und Impfstatus des Patienten/ der Patientin bei Einverständnis des Patienten/ der Patientin bitte eintragen

- Botulismus**
- Cholera**
- Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK) / vCJK**
(außer familiär-hereditären Formen)
- Diphtherie**
- Hämorrhagisches Fieber, virusbedingt**
Erreger, falls bekannt:
- Hepatitis, akute virale; Typ:**
- Ikterus
- Lebertransaminasen, erhöhte
- Oberbauchbeschwerden
- Fieber
- HUS (hämolytisch-urämisches Syndrom, enteropathisch)**
- Anämie, hämolytische
- Thrombozytopenie
- Nierenfunktionsstörung
- Masern**
- Exanthem
- Fieber
- Husten
- Katarrh (wässriger Schnupfen)
- Konjunktivitis
- Kopliksche Flecken
- Meningokokken-Meningitis/-Sepsis**
- Fieber
- Meningeale Zeichen
- Haut-/Schleimhautveränderungen/-läsionen
- Hirndruckzeichen
- Kreislaufversagen, rasch einsetzend

- Milzbrand**
- Mumps**
- Geschwollene Speicheldrüse(n)
- Fieber
- Meningitis
- Enzephalitis
- Hörverlust
- Orchitis (Hodenentzündung)
- Oophoritis (Eierstockentzündung)
- Pankreatitis
- Paratyphus**
- Pertussis**
- Husten (mind. 2 Wochen Dauer)
- Anfallsweise auftretender Husten
- Inspiratorischer Stridor
- Erbrechen nach den Hustenanfällen
- NUR bei Kindern <1 Jahr: Husten UND Apnoen
- Pest**
- Poliomyelitis**
Als Verdacht gilt jede akute schlaffe Lähmung der Extremitäten außer wenn traumatisch bedingt
- Röteln (postnatal)**
- Generalisierter Ausschlag
- Lymphadenopathie im Kopf-Hals-Nackenbereich
- Arthritis/Arthralgien
- Röteln (konnatal)**
- 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
- Windpocken (NICHT Gürtelrose)**
- 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.1IfSG im Lebensmittelbereich ausüben oder**
- bei 2 oder mehr Erkrankungen mit wahrscheinlichem oder vermutetem epidemiologischem Zusammenhang**

Erreger, falls bekannt:

Gefahr für die Allgemeinheit durch eine

- bedrohliche andere Krankheit**
- Häufung anderer Erkrankungen**
(2 oder mehr Fälle mit wahrscheinlichem oder vermutetem epidemiologischem 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 beauftragt²⁾
- Name/Ort des Labors: Probenentnahme am:

► unverzüglich zu melden an:

Adresse des zuständigen Gesundheitsamtes:

Erkrankungsdatum³⁾:

Diagnosedatum³⁾:

Datum der Meldung:

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

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

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

³⁾ Wenn genaues Datum nicht bekannt ist, bitte den wahrscheinlichen Zeitraum angeben.