

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

geb. am: _____

Telefon¹⁾: _____

Meldeformular

- Vertraulich -

Meldepflichtige Krankheit gemäß §§ 6, 8, 9 IfSG

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

Todesdatum:

¹⁾Telefonnummer bitte eintragen

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Botulismus | <input type="checkbox"/> Paratyphus |
| <input type="checkbox"/> Cholera | <input type="checkbox"/> Poliomyelitis
<small>Als Verdacht gilt jede akute schlaffe Lähmung, außer wenn traumatisch bedingt</small> |
| <input type="checkbox"/> Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK) / vCJK
<small>(außer familiär-hereditären Formen)</small> | <input type="checkbox"/> Pest |
| <input type="checkbox"/> Diphtherie | <input type="checkbox"/> Tollwut |
| <input type="checkbox"/> Hämorrhagisches Fieber, virusbedingt | <input type="checkbox"/> Tollwutexposition, mögliche (§ 6 Abs. 1 Nr. 4 IfSG) |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis, akute virale; Typ²⁾: | <input type="checkbox"/> Typhus abdominalis |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Ikterus | <input type="checkbox"/> Tuberkulose |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Oberbauchbeschwerden | <input type="checkbox"/> Erkrankung/Tod an einer behandlungsbedürftigen Tuberkulose, auch bei fehlendem bakteriologischem Nachweis |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lebertransaminasen, erhöhte | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Therapieabbruch/-verweigerung |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fieber | <input type="checkbox"/> Mikrobiell bedingte Lebensmittelvergiftung oder akute infektiöse Gastroenteritis |
| <input type="checkbox"/> HUS (hämolytisch-urämisches Syndrom, enteropathisch) | <input type="checkbox"/> a) bei Personen, die eine Tätigkeit im Sinne des § 42 Abs.1 IfSG im Lebensmittelbereich ausüben |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Durchfall | <input type="checkbox"/> b) bei 2 oder mehr Erkrankungen mit wahrscheinlichem oder vermutetem epidemiologischem Zusammenhang |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bauchschmerzen | <input type="checkbox"/> Erreger²⁾: |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Erbrechen | <input type="checkbox"/> Gesundheitliche Schädigung nach Impfung
<small>(Zusätzliche Informationen werden über gesonderten Meldebogen erhoben, der beim Gesundheitsamt zu beziehen ist)</small> |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Nierenfunktionsstörung | <input type="checkbox"/> Bedrohliche andere Krankheit |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Thrombozytopenie | <p>.....</p> <input type="checkbox"/> Häufung anderer Erkrankungen
<small>(2 oder mehr Fälle mit wahrscheinlichem oder vermutetem epidemiologischem Zusammenhang) mit Gefährdung für die Allgemeinheit</small> |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Anämie, hämolytische | Art der Erkrankung / Erreger²⁾:
..... |
| <input type="checkbox"/> Masern | <p>.....</p> <input type="checkbox"/> Meningokokken-Meningitis/-Sepsis |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Respiratorische Symptomatik | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fieber |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Katarrh (wässriger Schnupfen) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Haut-/Schleimhautveränderungen/-läsionen |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Konjunktivitis | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hirndruckzeichen |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Koplikische Flecken | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Meningeale Zeichen |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fieber | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kreislaufversagen, rasch einsetzend |
| <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Exanthem | <input type="checkbox"/> Milzbrand |

²⁾ falls bekannt

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 ³⁾
- Name/Ort des Labors: Probenentnahme am:

► unverzüglich zu melden an:

Adresse des zuständigen Gesundheitsamtes:

Erkrankungsdatum⁴⁾:

.....

Diagnosedatum⁴⁾:

.....

Datum der Meldung:

.....

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

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

⁴⁾ wenn genaues Datum nicht bekannt ist, bitte den wahrscheinlichen Zeitraum angeben.

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