

Patient/in (Name, Vorname, Adresse des Hauptwohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthaltsorts):

# Meldeformular

- Vertraulich -

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

Geschlecht: weiblich männlich divers  
geb. am: \_\_\_\_\_

Weitere Kontaktdaten (Telefon, E-Mail-Adresse):  
Wichtig für ggf. erforderliche Rückfrage (gemäß §9 (1) 1.e.)

Verdacht  
 Klinische Diagnose  
 Tod Todesdatum: \_\_\_\_\_  
Erkrankungsbeginn: \_\_\_\_\_  
Diagnosedatum: \_\_\_\_\_  
Datum der Meldung: \_\_\_\_\_

Impfstatus bei impfpräventabler Erkrankung:  
 Geimpft, Anzahl Impfdosen: \_\_\_\_\_  
Datum der letzten Impfung: \_\_\_\_\_  
Impfstoff: \_\_\_\_\_  
 Nicht geimpft  Impfstatus unbekannt

Blut-, Organ-, Gewebe- oder Zellspende in den letzten sechs Monaten

- Botulismus**
  - Lebensmittelbedingter Botulismus
  - Wundbotulismus
  - Säuglingsbotulismus
- Cholera**
- Clostridioides-difficile-Infektion (CDI), schwere Verlaufsform**
  - stat. Aufnahme aufgrund ambulant erworbener Infektion
  - Aufnahme/Verlegung auf eine Intensivstation
  - Chir. Eingriff / Kolektomie aufgrund von Megakolon, Perforation oder refraktärer Kolitis
  - Tod innerh. 30 Tagen nach Diagnose und in Zusammenhang mit CDI

Nachweis:  
Toxin:  A  B  
aus:  Stuhl oder  Isolat  
als:  Toxin oder  Toxin-Gen (PCR)  
 Histologischer Nachweis  
 Endoskopischer Nachweis

- Coronavirus-Krankheit 2019 (COVID-19)**
  - Halsschmerzen/-entzündung
  - Husten
  - Pneumonie (Lungenentzündung)
  - Schnupfen
  - akutes schweres Atemnotsyndrom (ARDS)
  - beatmungspflichtige Atemwegserkrankung
  - Dyspnoe (Atemstörung)
  - Fieber
  - Geruchs- und/oder Geschmacksverlust

- Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK) / vCJK** (außer familiär-hereditäre Form)

- Diphtherie**
  - Hautdiphtherie
  - Respiratorische Diphtherie

- Hepatitis, akute virale, Typ:** \_\_\_\_\_
  - Fieber
  - Ikterus (Gelbsucht)
  - Oberbauchbeschwerden
  - erhöhte Serumtransaminasen

- HUS** (enteropath. hämolytisch-urämisches Syndrom)
  - Anämie, hämolytische
  - Thrombozytopenie
  - Nierenfunktionsstörung
  - ärztl. Diagnose eines akuten enteropathischen HUS

- Keuchhusten (Pertussis)**
  - Husten (mind. 2 Wochen Dauer)
  - Inspiratorischer Stridor
  - Erbrechen nach den Hustenanfällen

Zusätzlich bei Keuchhusten bei Kindern <1 Jahr  
 Husten  Apnoen

- Masern (akut) Exanthembeginn:** \_\_\_\_\_
  - Fieber
  - Husten
  - generalisierter Ausschlag (makulopapulös)
  - Katarrh (wässriger Schnupfen)
  - Konjunktivitis (Rötung der Bindehaut)

- Masern (Folgeerkrankung)**
  - subakute sklerosierende Panenzephalitis

- Meningokokken, invasive Erkrankung**
  - septisches Krankheitsbild
  - Purpura fulminans
  - Waterhouse-Friderichsen-Syndrom
  - Ekchymosen
  - Fieber
  - Herz-/Kreislaufversagen
  - Hirndruckzeichen
  - Pneumonie
  - makulopapulöses Exanthem
  - meningeale Zeichen
  - Petechien

- Milzbrand**

- Mumps**
  - Geschwollene Speicheldrüse(n) (≥ 2 Tage)
  - Hoden- bzw. Eierstockentzündung
  - Enzephalitis  Fieber
  - Hörverlust  Meningitis
  - Pankreatitis

- Orthopocken**
  - Fieber  Hautausschlag
  - Hautläsion  Schleimhautläsion
  - Lymphknotenschwellung

- Paratyphus**

- Pest**

- Poliomyelitis** (als Verdacht gilt jede akute schlaffe Lähmung, außer wenn diese traumatisch bedingt ist)

- Röteln (konnatal)**

- Röteln (postnatal) Exanthembeginn:** \_\_\_\_\_
  - Generalisierter Ausschlag
  - Lymphadenopathie im Kopf-Hals-Nackenbereich
  - Arthritis/Arthralgien
  - Fehl-/ Totgeburt
  - Frühgeburt oder Geburt eines Kindes mit Embryopathie

- 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)

- Virales hämorrhagisches Fieber (VHF)**  
Erreger (falls bekannt): \_\_\_\_\_

- Windpocken (nicht Gürtelrose)**
  - Ausschlag an (Schleim-) Haut mit gleichzeitig vorhandenen Papeln, Bläschen, bzw. Pusteln und Schorf („Sternenhimmel“)
  - Ausschlag an (Schleim-) Haut mit Flecken, Bläschen oder Pusteln

- Influenza, zoonotisch**  
bei aviärer Influenza bitte gesondertes Meldeformular und bei Nachweis saisonaler Influenza über Schnelltest bitte Labormeldeformular nutzen

- Mikrobiell bedingte Lebensmittelvergiftung oder akute infektiöse Gastroenteritis**

- bei Personen, die eine Tätigkeit im Sinne des §42 Abs. 1 IfSG im Lebensmittelbereich ausüben
- bei 2 oder mehr Erkrankungen mit wahrscheinlichem / vermutetem epidemiologischem Zusammenhang

Erreger (falls bekannt): \_\_\_\_\_

- Gesundheitliche Schädigung nach Impfung**

Zusätzliche Informationen werden über gesonderten Meldebogen erhoben, der beim Gesundheitsamt zu beziehen ist

- Bedrohliche andere Krankheit (z.B. MERS-CoV)**

Erkrankung / Erreger: \_\_\_\_\_

### Epidemiologische Situation

Patient/in ist **tätig**:

- im medizinischen Bereich (nach §23 IfSG)
- im Lebensmittelbereich (nach §42 IfSG, nur angeben bei Cholera, Typhus/Paratyphus, Virushepatitis A/E, akute infektiöse Gastroenteritis)
- in Gemeinschaftseinrichtung (nach §33 oder §36 IfSG)

Patient/in wird **betreut** oder ist **untergebracht** in

- Gemeinschaftseinrichtung für Kinder oder Jugendliche (z.B. Schule, Kinderkrippe)
  - stationärer / teilstationärer Pflegeeinrichtung seit: \_\_\_\_\_
  - anderer Einrichtung nach §36 IfSG (z.B. JVA, Unterkunft für Asylsuchende, Obdachlosenunterkunft) seit: \_\_\_\_\_
- Patient/in ist aktuell/war  **hospitalisiert** von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
 **in intensivmedizinischer Behandlung** von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Einrichtung (Name, Ort, Kontaktdaten): \_\_\_\_\_

Wahrscheinliche **Infektionsquelle**: \_\_\_\_\_ **Aufenthaltsort(e)** in Inkubationszeit (Kreis, falls Ausland: Land): \_\_\_\_\_

Derzeitiger **Aufenthaltsort** (falls abweichend von Anschrift): \_\_\_\_\_

Bei **HBV, HCV und Tuberkulose**: Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_ Geburtsstaat: \_\_\_\_\_ Ggf. Jahr der Einreise: \_\_\_\_\_

### ► unverzüglich zu melden an

- Es wurde ein **Labor / eine Untersuchungsstelle** mit der Erregerdiagnostik beauftragt.<sup>1</sup>  
**Name, Ort, Telefonnr. des Labors:** \_\_\_\_\_

Probenentnahme am: \_\_\_\_\_

### Meldende Person

(Name, Praxis/Krankenhaus/Einrichtung, Adresse, Telefonnr.): \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Die Laborausschlusskennziffer 32006 umfasst Erkrankungen oder den Verdacht auf Krankheiten, bei denen eine gesetzliche Meldepflicht besteht (§§ 6 und 7 IfSG). Das Gesamtpunktzahlvolumen niedergelassener Ärzte wird durch Labornachweise für meldepflichtige Erreger nicht belastet.