| **Patient/in** (Name, Vorname, Adresse des Hauptwohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthaltsorts):**Geschlecht:** [ ] **weiblich** [ ] **männlich** [ ] **divers** **geb. am**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Weitere Kontaktdaten** (Telefon, E-Mail-Adresse):Wichtig für ggf. erforderliche Rückfrage (gemäß §9 (1) 1.e.) | **Meldeformular** - Vertraulich -**Meldepflichtige Krankheit gemäß §§ 6,8,9 IfSG** |
| --- | --- |
| [ ]  **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 CDINachweis: 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, zoonotischbei 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 ZusammenhangErreger (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**Name / Ort der Einrichtung:………………………………………………………………………………………………………………………………………………………Name / Ort der Einrichtung:………………………………………………………………………………………………………………………………………………………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.1 **Name, Ort, Telefonnr. des Labors:****Probenentnahme** am:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Meldende Person** (Name, Praxis/Krankenhaus/Einrichtung, Adresse, Telefonnr.): |

 1) 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.