| **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 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**  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.