

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>Patient/in</b> (Name, Vorname, Adresse des Hauptwohnsitzes oder des gewöhnlichen Aufenthaltsorts):<br><br><b>Geschlecht:</b> weiblich männlich divers<br><b>geb. am:</b> _____<br><b>Weitere Kontaktdaten</b> (Telefon, E-Mail-Adresse):<br>Wichtig für ggf. erforderliche Rückfrage (gemäß §9 (1) 1.e.)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | <h1 style="text-align: center;">Meldeformular</h1> <h2 style="text-align: center;">Meldepflichtige Krankheit gemäß §§ 6,8,9 IfSG</h2> <p style="text-align: right;">- Vertraulich -</p> <div> <input type="checkbox"/> Verdacht<br/> <input type="checkbox"/> Klinische Diagnose<br/> <input type="checkbox"/> Tod Todesdatum: _____<br/>           Erkrankungsbeginn: _____<br/>           Diagnosedatum: _____<br/>           Datum der Meldung: _____         </div> <div> <b>Impfstatus</b> bei impfpräventabler Erkrankung:<br/> <input type="checkbox"/> Geimpft, Anzahl Impfdosen: _____<br/>           Datum der letzten Impfung: _____<br/>           Impfstoff: _____<br/> <input type="checkbox"/> Nicht geimpft      <input type="checkbox"/> Impfstatus unbekannt         </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | <input type="checkbox"/> Blut-, Organ-, Gewebe- oder Zellspende in den letzten sechs Monaten                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |
| <input type="checkbox"/> <b>Botulismus</b><br><input type="checkbox"/> Lebensmittelbedingter Botulismus<br><input type="checkbox"/> Wundbotulismus<br><input type="checkbox"/> Säuglingsbotulismus<br><br><input type="checkbox"/> <b>Cholera</b><br><br><input type="checkbox"/> <b>Clostridioides-difficile-Infektion (CDI), schwere Verlaufsform</b><br><input type="checkbox"/> stat. Aufnahme aufgrund ambulant erworbener Infektion<br><input type="checkbox"/> Aufnahme/Verlegung auf eine Intensivstation<br><input type="checkbox"/> Chir. Eingriff / Kolektomie aufgrund von Megakolon, Perforation oder refraktärer Kolitis<br><input type="checkbox"/> Tod innerh. 30 Tagen nach Diagnose und in Zusammenhang mit CDI<br><u>Nachweis:</u><br>Toxin: <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B<br>aus: <input type="checkbox"/> Stuhl oder <input type="checkbox"/> Isolat<br>als: <input type="checkbox"/> Toxin oder <input type="checkbox"/> Toxin-Gen (PCR)<br><input type="checkbox"/> Histologischer Nachweis<br><input type="checkbox"/> Endoskopischer Nachweis<br><br><input type="checkbox"/> <b>Coronavirus-Krankheit 2019 (COVID-19)</b><br><input type="checkbox"/> Halsschmerzen/-entzündung<br><input type="checkbox"/> Husten<br><input type="checkbox"/> Pneumonie (Lungenentzündung)<br><input type="checkbox"/> Schnupfen<br><input type="checkbox"/> akutes schweres Atemnotsyndrom (ARDS)<br><input type="checkbox"/> beatmungspflichtige Atemwegserkrankung<br><input type="checkbox"/> Dyspnoe (Atemstörung)<br><input type="checkbox"/> Fieber<br><input type="checkbox"/> Geruchs- und/oder Geschmacksverlust<br><br><input type="checkbox"/> <b>Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK) / vCJK</b> (außer familiär-hereditäre Form)<br><br><input type="checkbox"/> <b>Diphtherie</b><br><input type="checkbox"/> Hautdiphtherie<br><input type="checkbox"/> Respiratorische Diphtherie<br><br><input type="checkbox"/> <b>Hepatitis, akute virale, Typ:</b> _____<br><input type="checkbox"/> Fieber<br><input type="checkbox"/> Ikterus (Gelbsucht)<br><input type="checkbox"/> Oberbauchbeschwerden<br><input type="checkbox"/> erhöhte Serumtransaminasen |  | <input type="checkbox"/> <b>HUS</b> (enteropath. hämolytisch-urämisches Syndrom)<br><input type="checkbox"/> Anämie, hämolytische<br><input type="checkbox"/> Thrombozytopenie<br><input type="checkbox"/> Nierenfunktionsstörung<br><input type="checkbox"/> ärztl. Diagnose eines akuten enteropathischen HUS<br><br><input type="checkbox"/> <b>Keuchhusten (Pertussis)</b><br><input type="checkbox"/> Husten (mind. 2 Wochen Dauer)<br><input type="checkbox"/> Inspiratorischer Stridor<br><input type="checkbox"/> Erbrechen nach den Hustenanfällen<br><b>Zusätzlich bei Keuchhusten bei Kindern &lt;1 Jahr</b><br><input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> Apnoen<br><br><input type="checkbox"/> <b>Masern (akut) Exanthembeginn:</b> _____<br><input type="checkbox"/> Fieber<br><input type="checkbox"/> Husten<br><input type="checkbox"/> generalisierter Ausschlag (makulopapulös)<br><input type="checkbox"/> Katarrh (wässriger Schnupfen)<br><input type="checkbox"/> Konjunktivitis (Rötung der Bindehaut)<br><br><input type="checkbox"/> <b>Masern (Folgeerkrankung)</b><br><input type="checkbox"/> subakute sklerosierende Panenzephalitis<br><br><input type="checkbox"/> <b>Meningokokken, invasive Erkrankung</b><br><input type="checkbox"/> septisches Krankheitsbild<br><input type="checkbox"/> Purpura fulminans<br><input type="checkbox"/> Waterhouse-Friderichsen-Syndrom<br><input type="checkbox"/> Ekchymosen<br><input type="checkbox"/> Fieber<br><input type="checkbox"/> Herz-/Kreislaufversagen<br><input type="checkbox"/> Hirndruckzeichen<br><input type="checkbox"/> Pneumonie<br><input type="checkbox"/> makulopapulöses Exanthem<br><input type="checkbox"/> meningeale Zeichen<br><input type="checkbox"/> Petechien<br><br><input type="checkbox"/> <b>Milzbrand</b><br><br><input type="checkbox"/> <b>Mumps</b><br><input type="checkbox"/> Geschwollene Speicheldrüse(n) (≥ 2 Tage)<br><input type="checkbox"/> Hoden- bzw. Eierstockentzündung<br><input type="checkbox"/> Enzephalitis <input type="checkbox"/> Fieber<br><input type="checkbox"/> Hörverlust <input type="checkbox"/> Meningitis<br><input type="checkbox"/> Pankreatitis<br><br><input type="checkbox"/> <b>Orthopocken</b><br><input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Hautausschlag<br><input type="checkbox"/> Hautläsion <input type="checkbox"/> Schleimhautläsion<br><input type="checkbox"/> Lymphknotenschwellung                                                                       |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | <input type="checkbox"/> <b>Paratyphus</b><br><br><input type="checkbox"/> <b>Pest</b><br><br><input type="checkbox"/> <b>Poliomyelitis</b> (als Verdacht gilt jede akute schlaffe Lähmung, außer wenn diese traumatisch bedingt ist)<br><br><input type="checkbox"/> <b>Röteln (konnatal)</b><br><br><input type="checkbox"/> <b>Röteln (postnatal) Exanthembeginn:</b> _____<br><input type="checkbox"/> Generalisierter Ausschlag<br><input type="checkbox"/> Lymphadenopathie im Kopf-Hals-Nackenbereich<br><input type="checkbox"/> Arthritis/Arthralgien<br><input type="checkbox"/> Fehl-/ Totgeburt<br><input type="checkbox"/> Frühgeburt oder Geburt eines Kindes mit Embryopathie<br><br><input type="checkbox"/> <b>Tollwut</b> <input type="checkbox"/> <b>Tollwutexposition, mögliche</b> (§ 6 Abs.1 Nr. 4 IfSG)<br><br><input type="checkbox"/> <b>Typhus abdominalis</b><br><br><input type="checkbox"/> <b>Tuberkulose</b><br><input type="checkbox"/> Erkrankung/Tod an einer <u>behandlungsbedürftigen</u> Tuberkulose, auch bei fehlendem bakteriologischem Nachweis<br><input type="checkbox"/> Therapieabbruch/ -verweigerung (§6 Abs. 2 IfSG)<br><br><input type="checkbox"/> <b>Virales hämorrhagisches Fieber (VHF)</b><br>Erreger (falls bekannt): _____<br><br><input type="checkbox"/> <b>Windpocken (nicht Gürtelrose)</b><br><input type="checkbox"/> Ausschlag an (Schleim-) Haut mit <u>gleichzeitig vorhandenen</u> Papeln, Bläschen, bzw. Pusteln und Schorf („Sternenhimmel“)<br><input type="checkbox"/> Ausschlag an (Schleim-) Haut mit Flecken, Bläschen oder Pusteln<br><br><input type="checkbox"/> <b>Influenza, zoonotisch</b><br>bei aviärer Influenza bitte gesondertes Meldeformular und bei Nachweis saisonaler Influenza über Schnelltest bitte Labormeldeformular nutzen<br><br><input type="checkbox"/> <b>Mikrobiell bedingte Lebensmittelvergiftung oder akute infektiöse Gastroenteritis</b><br><input type="checkbox"/> bei Personen, die eine Tätigkeit im Sinne des §42 Abs. 1 IfSG im Lebensmittelbereich ausüben<br><input type="checkbox"/> bei 2 oder mehr Erkrankungen mit wahrscheinlichem / vermutetem epidemiologischem Zusammenhang<br>Erreger (falls bekannt): _____<br><br><input type="checkbox"/> <b>Gesundheitliche Schädigung nach Impfung</b><br>Zusätzliche Informationen werden über gesonderten Meldebogen erhoben, der beim Gesundheitsamt zu beziehen ist<br><br><input type="checkbox"/> <b>Bedrohliche andere Krankheit (z.B. MERS-CoV)</b><br>Erkrankung / Erreger: _____ |  |
| <b>Epidemiologische Situation</b><br>Patient/in ist <b>tätig</b> :<br><input type="checkbox"/> im medizinischen Bereich (nach §23 IfSG)<br><input type="checkbox"/> im Lebensmittelbereich (nach §42 IfSG, nur angeben bei Cholera, Typhus/Paratyphus, Virushepatitis A/E, akute infektiöse Gastroenteritis)<br><input type="checkbox"/> in Gemeinschaftseinrichtung (nach §33 oder §36 IfSG)<br><br><b>Einrichtung</b> (Name, Ort, Kontaktdaten): _____<br><br><b>Wahrscheinliche Infektionsquelle:</b> _____ <b>Aufenthaltort(e)</b> in Inkubationszeit (Kreis, falls Ausland: Land): _____<br><br><b>Derzeitiger Aufenthaltort</b> (falls abweichend von Anschrift): _____<br><br><b>Bei HBV, HCV und Tuberkulose:</b> Staatsangehörigkeit: _____ Geburtsstaat: _____ Ggf. Jahr der Einreise: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |
| <b>► unverzüglich zu melden an</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | <input type="checkbox"/> Es wurde ein Labor / eine Untersuchungsstelle mit der Erregerdiagnostik beauftragt. <sup>1</sup><br><b>Name, Ort, Telefonnr. des Labors:</b> _____<br><br><b>Probenentnahme am:</b> _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | <b>Meldende Person</b><br>(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.