

Meldeformular -Vertraulich-

Meldepflichtige Krankheit gemäß § 6 IfSG

Datum der Meldung:

Betroffene Person <small>(Vorname, Name, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse)</small> <div style="text-align: right;"> <input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> divers </div> <div style="text-align: right;"> Geburtsdatum/...../..... <small>Tag Monat Jahr</small> </div>	bei impfpräventablen Krankheiten <input type="radio"/> geimpft <input type="radio"/> nicht geimpft <input type="radio"/> Impfstatus unbekannt Anzahl der Dosen: Datum der letzten Impfung:/...../..... Impfstoff: Tag Monat Jahr
Meldende Person <small>(Ärztin/Arzt, Praxis, Krankenhaus, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse)</small>	bei Tuberkulose, Hepatitis B und C Geburtsstaat: Staatsangehörigkeit: Jahr der Einreise nach Deutschland:
	Zugehörigkeit zur Bundeswehr <input type="radio"/> Soldat/Bundeswehrangehöriger <input type="radio"/> Zivilperson (untergebracht/tätig in Bundeswehreinrichtung)
	<input type="radio"/> Verdacht <input type="radio"/> Klinische Diagnose <input type="radio"/> Tod Datum der Verdachts-/Diagnose:/...../..... (Tag/Monat/Jahr) Erkrankungsbeginn:/...../..... (Tag/Monat/Jahr) Todesdatum:/...../..... (Tag/Monat/Jahr) wahrscheinl. Zeitpunkt/-raum der Infektion:

- Botulismus
- Cholera
- Clostridioides-difficile-Infektion, schwere Verlaufsform
 - Stationäre Aufnahme zur Behandlung einer ambulant erworbenen Infektion
 - Aufnahme/Verlegung auf eine Intensivstation
 - Chirurgischer Eingriff (z.B. Kolektomie) aufgrund eines Megakolons, einer Darmperforation oder einer Therapie-refraktären Kolitis
 - Tod innerhalb von 30 Tagen nach Diagnose und Wertung der Clostridioides-difficile-Erkrankung als direkte Todesursache oder als zum Tode beitragende Erkrankung
- Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK) / vCJK
(außer familiär-hereditäre Formen)
- Diphtherie
 - Respiratorische Diphtherie
 - Hautdiphtherie
- Hämorrhagisches Fieber, viral
 Erreger, falls bekannt:
- Hepatitis, akute virale; Typ:

- HUS (hämolytisch-urämisches Syndrom, enteropathisch)
 - Anämie, hämolytische
 - Nierenfunktionsstörung
 - Thrombozytopenie
- Keuchhusten (Pertussis)
- Masern
- Masernfolgeerkrankung
(Erkrankung/Tod an einer subakuten sklerosierenden Panenzephalitis)
- Meningokokken-Meningitis oder -Sepsis
- Milzbrand
- Mumps
- Paratyphus
- Pest
- Poliomyelitis
- Röteln
- Tollwut
- Tollwutexposition
- Typhus abdominalis

- Tuberkulose
 - Erkrankung/Tod an einer behandlungsbedürftigen Tuberkulose, auch bei fehlendem bakt. Nachweis
 - Therapieabbruch/-verweigerung
- Windpocken
- Zoonotische Influenza
(bei aviärer Influenza bitte gesonderten Meldebogen nutzen)
- Mikrobiell bedingte Lebensmittelvergiftung oder akute infektiöse Gastroenteritis
 - bei Personen mit Tätigkeit im Lebensmittelbereich
 - bei 2 oder mehr Erkrankungen mit wahrscheinl. epidemischem Zusammenhang
 Erreger, falls bekannt:
- bedrohliche übertragbare Krankheit
 Art der Erkrankung/ Erreger:
- Gesundheitliche Schädigung nach Impfung
(Bitte gesonderten Meldebogen nutzen)
- Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19)
 - akute respiratorische Symptome und Kontakt mit einem bestätigten Fall
 - ≥ 2 Pneumonien in medizinischer Einrichtung, Pflege- oder Altenheim mit Zusammenhang

Epidemiologische Situation

Betroffene Person ist

- im medizinischen Bereich (§ 23 Abs.3 bzw. 5 IfSG)
 - in Krankenhaus/stationärer Pflegeeinrichtung
 - intensivmedizinische Behandlung
- in Einrichtungen (§ 36 Abs.1 u. 2 IfSG)
 - Schule Kita Heim Obdachlosenunterkunft
 - JVA Pflegeheim sonst. Massenunterkünfte
- im Lebensmittelbereich (§ 42 IfSG)

- tätig betreut/untergebracht
- von:..... bis:
- von:..... bis:
- tätig betreut/untergebracht
- tätig

Name, Anschrift, Kontaktdaten der Einrichtung:

Teil einer Erkrankungshäufung (2 oder mehr Erkrankungen, bei denen ein epidemischer Zusammenhang vermutet wird)

Erreger, Ausbruchsort und -zeitraum, vermutete Exposition, etc.:

Angaben zur möglichen Infektionsquelle (z.B. Person, Produkt, Einrichtung, Gemeinschaftsunterkunft, Aktivität):

(Auslands-)Aufenthalt von: bis: Ort/Bundesland /Land:

Blut-, Organ-, Gewebe-, Zellspende in den letzten 6 Monaten

Es wurde ein Labor mit der Erregerdiagnostik beauftragt
(Name, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse)

► unverzüglich an zuständiges Gesundheitsamt melden
[\(https://tools.rki.de/PLZTool/\)](https://tools.rki.de/PLZTool/)
(Name, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse)

Datum der Probenentnahme:/...../.....
Tag Monat Jahr