

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
	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)
Meldende Person <small>(Ärztin/Arzt, Praxis, Krankenhaus, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse)</small>	<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:

- | | | |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Botulismus <input type="radio"/> Cholera <input type="radio"/> Clostridioides-difficile-Infektion, schwere Verlaufsform <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Stationäre Aufnahme zur Behandlung einer ambulant erworbenen Infektion <input type="radio"/> Aufnahme/Verlegung auf eine Intensivstation <input type="radio"/> Chirurgischer Eingriff (z.B. Kolektomie) aufgrund eines Megakolons, einer Darmperforation oder einer Therapie-refraktären Kolitis <input type="radio"/> Tod innerhalb von 30 Tagen nach Diagnose und Wertung der Clostridioides-difficile-Erkrankung als direkte Todesursache oder als zum Tode beitragende Erkrankung <input type="radio"/> Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK) / vCJK
<small>(außer familiär-hereditäre Formen)</small> <input type="radio"/> Diphtherie <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Respiratorische Diphtherie <input type="radio"/> Hautdiphtherie <input type="radio"/> Hämorrhagisches Fieber, viral
 Erreger, falls bekannt: <input type="radio"/> Hepatitis, akute virale; Typ: | <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> HUS (hämolytisch-urämisches Syndrom, enteropathisch) <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Anämie, hämolytische <input type="radio"/> Nierenfunktionsstörung <input type="radio"/> Thrombozytopenie <input type="radio"/> Keuchhusten (Pertussis) <input type="radio"/> Masern <input type="radio"/> Masernfolgeerkrankung
<small>(Erkrankung/Tod an einer subakuten sklerosierenden Panenzephalitis)</small> <input type="radio"/> Meningokokken-Meningitis oder -Sepsis <input type="radio"/> Milzbrand <input type="radio"/> Mumps <input type="radio"/> Paratyphus <input type="radio"/> Pest <input type="radio"/> Poliomyelitis <input type="radio"/> Röteln <input type="radio"/> Tollwut <input type="radio"/> Tollwutexposition <input type="radio"/> Typhus abdominalis | <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Tuberkulose <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Erkrankung/Tod an einer behandlungsbedürftigen Tuberkulose, auch bei fehlendem bakt. Nachweis <input type="radio"/> Therapieabbruch/-verweigerung <input type="radio"/> Windpocken <input type="radio"/> Zoonotische Influenza
<small>(bei aviärer Influenza bitte gesonderten Meldebogen nutzen)</small> <input type="radio"/> Mikrobiell bedingte Lebensmittelvergiftung oder akute infektiöse Gastroenteritis <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> bei Personen mit Tätigkeit im Lebensmittelbereich <input type="radio"/> bei 2 oder mehr Erkrankungen mit wahrscheinl. epidemischem Zusammenhang Erreger, falls bekannt: <input type="radio"/> bedrohliche übertragbare Krankheit
 Art der Erkrankung/ Erreger: <input type="radio"/> Gesundheitliche Schädigung nach Impfung
<small>(Bitte gesonderten Meldebogen nutzen)</small> <li style="background-color: #f0f0f0;"><input type="radio"/> Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19) <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> akute respiratorische Symptome und Kontakt mit einem bestätigten Fall <input type="radio"/> ≥ 2 Pneumonien in medizinischer Einrichtung, Pflege- oder Altenheim mit Zusammenhang |
|---|---|---|

Epidemiologische Situation

Betroffene Person ist

<ul style="list-style-type: none"> im medizinischen Bereich (§ 23 Abs.3 bzw. 5 IfSG) <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> in Krankenhaus/stationärer Pflegeeinrichtung <input type="radio"/> intensivmedizinische Behandlung in Einrichtungen (§ 36 Abs.1 u. 2 IfSG) <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Schule <input type="radio"/> Kita <input type="radio"/> Heim <input type="radio"/> Obdachlosenunterkunft <input type="radio"/> JVA <input type="radio"/> Pflegeheim <input type="radio"/> sonst. Massenunterkünfte im Lebensmittelbereich (§ 42 IfSG) <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> tätig 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> tätig <input type="radio"/> betreut/untergebracht von:..... bis: von:..... bis: <input type="radio"/> tätig <input type="radio"/> betreut/untergebracht <input type="radio"/> 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

<input type="radio"/> Es wurde ein Labor mit der Erregerdiagnostik beauftragt <small>(Name, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse)</small>	<input type="radio"/> unverzüglich an zuständiges Gesundheitsamt melden (https://tools.rki.de/PLZTool/) <small>(Name, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse)</small>
Datum der Probenentnahme:/...../..... <small>Tag Monat Jahr</small>	