

# Meldeformular -Vertraulich-

## Meldepflichtige Krankheit gemäß § 6 IfSG

Datum der Meldung: .....

<p><b>Betroffene Person:</b>            <input type="radio"/> weiblich   <input type="radio"/> männlich   <input type="radio"/> divers  <small>(Vorname, Name, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse)</small></p>          <p style="text-align: right;">Geburtsdatum    ...../...../.....  <small>Tag    Monat    Jahr</small></p> <p style="color: red; font-size: small;">Bei nosokomialen Ausbrüchen lediglich Geschlecht sowie Monat/Jahr des Geburtsdatums ausfüllen.</p>	<p><b>bei impfpräventablen Krankheiten</b>  <input type="radio"/> geimpft            <input type="radio"/> nicht geimpft    <input type="radio"/> Impfstatus unbekannt  Anzahl der Dosen: ..... Datum der letzten Impfung: ...../...../.....  <small>Tag    Monat    Jahr</small>  Impfstoff: .....</p> <hr/> <p><b>bei Tuberkulose, Hepatitis B und C</b>  Geburtsstaat:.....  Staatsangehörigkeit: .....  Jahr der Einreise nach Deutschland: .....</p> <hr/> <p><b>Zugehörigkeit zur Bundeswehr</b>  <input type="radio"/> Soldat/Bundeswehrangehöriger  <input type="radio"/> Zivilperson (untergebracht/tätig in Bundeswehreinrichtung)</p> <hr/> <p><input type="radio"/> Verdacht            <input type="radio"/> Klinische Diagnose    <input type="radio"/> Tod  <input type="radio"/> Hospitalisierung in Bezug auf COVID-19  Datum der Verdachts-/Diagnose: ...../...../..... (Tag/Monat/Jahr)  Erkrankungsbeginn: ...../...../..... (Tag/Monat/Jahr)  Todesdatum: ...../...../..... (Tag/Monat/Jahr)  Infektionszeitpunkt/-raum: .....</p>
<p><b>Meldende Person</b>  <small>(Ärztin/Arzt, Praxis, Krankenhaus, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse  lebenslange Arztnummer (LANR), Betriebsstättennummer (BSNR))</small></p>	<p><input type="radio"/> Verdacht            <input type="radio"/> Klinische Diagnose    <input type="radio"/> Tod  <input type="radio"/> Hospitalisierung in Bezug auf COVID-19  Datum der Verdachts-/Diagnose: ...../...../..... (Tag/Monat/Jahr)  Erkrankungsbeginn: ...../...../..... (Tag/Monat/Jahr)  Todesdatum: ...../...../..... (Tag/Monat/Jahr)  Infektionszeitpunkt/-raum: .....</p>

**Klinische Informationen**

Krankheit: .....

Erreger, Typ: .....

Symptome (s. auch Rückseite): .....

**bei Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19)**

Behandlungsergebnis: .....

Serostatus: .....

**Epidemiologische Informationen**

Betroffene Person ist

im medizinischen Bereich (§ 23 Abs.3 bzw. 5 IfSG)     tätig             betreut/untergebracht

in Krankenhaus/stationärer Pflegeeinrichtung von: ..... bis: .....  
intensivmedizinische Behandlung                    von: ..... bis: .....

in Einrichtungen und Unternehmen (§ 36 Abs.1 u. 2 IfSG)     tätig    betreut/untergebracht

Schule    Kita    Heim    Obdachlosenunterkunft  
 JVA    Pflegeheim    sonst. Massenunterkünfte .....

Name, Anschrift, Kontaktdaten der  
Einrichtung/ des Unternehmens:

.....  
.....  
.....

im Lebensmittelbereich (§ 42 IfSG)                     tätig

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

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

Name, Anschrift und weitere Kontaktdaten zur/ zum wahrscheinlichen **Infektionsquelle /-umfeld** (z.B. Person, Einrichtung, Gemeinschaftsunterkunft, Aktivität, Produkt):

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

Staat: .....

Blut-, Organ-, Gewebe-, Zellspende in den letzten 6 Monate .....

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)

Krankheiten	Verdacht	Erkrankung	Tod	Klinisches Bild (bitte ankreuzen, wenn zutreffend) und Anmerkungen
Botulismus	✓	✓	✓	<input type="checkbox"/> Lebensmittelbedingt <input type="checkbox"/> Wundbotulismus <input type="checkbox"/> Säuglingsbotulismus
Cholera	✓	✓	✓	<input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Erbrechen
<i>Clostridioides-difficile</i> -Infektion, schwere Verlaufsform		✓	✓	<input type="checkbox"/> Stationäre Aufnahme zur Behandlung einer ambulant erworbenen Infektion <input type="checkbox"/> Aufnahme/Verlegung auf eine Intensivstation <input type="checkbox"/> Chirurgischer Eingriff (z.B. Kolektomie) aufgrund eines Megakolons, einer Darmperforation oder einer therapierefraktären Kolitis <input type="checkbox"/> Tod innerhalb von 30 Tagen nach Diagnose und Wertung der <i>Clostridioides-difficile</i> -Erkrankung als direkte Todesursache oder als zum Tode beitragende Erkrankung
Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19)	✓	✓*	✓	<input type="checkbox"/> Akute respiratorische Symptome jeder Schwere <input type="checkbox"/> Geruchs- und Geschmacksverlust (neu aufgetreten) <input type="checkbox"/> Kontakt mit einem bestätigten Fall *Meldepflicht auch bei Hospitalisierung
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK) / vCJK	✓	✓	✓	Außer familiär-hereditäre Formen
Diphtherie	✓	✓	✓	<input type="checkbox"/> Respiratorische Diphtherie <input type="checkbox"/> Hautdiphtherie
Hämorrhagisches Fieber, viral	✓	✓	✓	
Hepatitis, akute virale	✓	✓	✓	<input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Ikterus <input type="checkbox"/> Lebertransaminasen, erhöhte <input type="checkbox"/> Oberbauchbeschwerden
HUS (hämolytisch-urämisches Syndrom))	✓	✓	✓	<input type="checkbox"/> Anämie, hämolytische <input type="checkbox"/> Thrombozytopenie <input type="checkbox"/> Nierenfunktionsstörung
Keuchhusten (Pertussis)	✓	✓	✓	<input type="checkbox"/> Husten (mind. 2 Wochen Dauer) <input type="checkbox"/> Erbrechen nach den Hustenanfällen <input type="checkbox"/> Anfallsweise auftretender Husten <input type="checkbox"/> nur bei Kindern <1 Jahr: Husten und Apnoen <input type="checkbox"/> Inspiratorischer Stridor
Masern	✓	✓	✓	<input type="checkbox"/> Exanthem <input type="checkbox"/> Konjunktivitis <input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> Katarrh (wässriger Schnupfen) <input type="checkbox"/> Fieber
Masernfolgeerkrankung		✓	✓	Erkrankung/Tod an einer subakuten sklerosierenden Panenzephalitis
Meningokokken-Meningitis oder -Sepsis	✓	✓	✓	<input type="checkbox"/> Ekchymosen <input type="checkbox"/> Petechien <input type="checkbox"/> Herz-/Kreislaufversagen <input type="checkbox"/> Septisches Krankheitsbild <input type="checkbox"/> Exanthem <input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Meningeale Zeichen <input type="checkbox"/> Purpura fulminans <input type="checkbox"/> Hirndruckzeichen <input type="checkbox"/> Waterhouse-Friderichsen-Syndrom <input type="checkbox"/> Lungenentzündung
Milzbrand	✓	✓	✓	<input type="checkbox"/> Darmmilzbrand <input type="checkbox"/> Lungenmilzbrand <input type="checkbox"/> Hautmilzbrand <input type="checkbox"/> Milzbrandmeningitis <input type="checkbox"/> Injektionsmilzbrand <input type="checkbox"/> Milzbrandsepsis
Mumps	✓	✓	✓	<input type="checkbox"/> geschwollene Speicheldrüse ≥2Tage <input type="checkbox"/> Orchitis <input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Oophoritis <input type="checkbox"/> Hörverlust <input type="checkbox"/> Pankreatitis <input type="checkbox"/> Meningitis oder Enzephalitis
Nosokomiale Ausbrüche				≥ 2 Infektionen mit wahrscheinlichem o. vermutetem epidemiologischen Zusammenhang
Pest	✓	✓	✓	<input type="checkbox"/> Lungenpest <input type="checkbox"/> Pestsepsis <input type="checkbox"/> Beulenpest <input type="checkbox"/> Pestmeningitis
Poliomyelitis	✓	✓	✓	<input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> akut eintretende schlaffe Lähmung einer oder mehrerer Extremitäten <input type="checkbox"/> verminderte oder fehlende Sehnenreflexe in den betroffenen Extremitäten <input type="checkbox"/> keine Sensibilitätsstörung
Röteln	✓	✓	✓	<input type="checkbox"/> Konnatal <input type="checkbox"/> Postnatal ( <input type="checkbox"/> generalisierter Ausschlag, <input type="checkbox"/> Arthritis/Arthralgien, <input type="checkbox"/> Lymphknotenschwellung)
Tollwut	✓	✓	✓	<input type="checkbox"/> Angstzustände <input type="checkbox"/> Lähmungen <input type="checkbox"/> Delirien <input type="checkbox"/> Krämpfe <input type="checkbox"/> Erregtheit mit Spasmen der Schluckmuskulatur <input type="checkbox"/> Schmerzen oder Parästhesien (Empfindungsstörungen) im Körperteil der Bissstelle <input type="checkbox"/> Hydrophobie (Wasserscheu)
Tollwutexposition				Verletzung eines Menschen durch ein tollwutkrankes, -verdächtiges oder - ansteckungsverdächtiges Tier sowie die Berührung eines solchen Tieres oder Tierkörpers
Typhus abdominalis/Paratyphus	✓	✓	✓	<input type="checkbox"/> Bauchschmerzen <input type="checkbox"/> Husten <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen <input type="checkbox"/> Fieber <input type="checkbox"/> Obstipation
Tuberkulose		✓	✓	Erkrankung/Tod an einer behandlungsbedürftigen Tuberkulose, auch bei fehlendem bakt. Nachweis sowie Therapieabbruch/-verweigerung
Windpocken	✓	✓	✓	<input type="checkbox"/> Ausschlag an Haut oder Schleimhaut, bestehend aus gleichzeitig vorhandenen Papeln, Bläschen bzw. Pusteln und Schorf (sog. Sternenhimmel) <input type="checkbox"/> Ausschlag an Haut oder Schleimhaut, bestehend aus Flecken, Bläschen o.Pusteln.
Zoonotische Influenza	✓	✓	✓	Bitte gesonderten <a href="#">Meldebogen</a> nutzen
Lebensmittelvergiftung/akute Gastroenteritis	✓	✓		- Bei Personen mit Tätigkeit im Lebensmittelbereich sowie - Bei 2 oder mehr Erkrankungen mit wahrscheinlichem epidemischen Zusammenhang
bedrohliche übertragbare Krankheit	✓	✓	✓	bedrohliche übertragbare Krankheit, die nicht nach § 6 Abs. 1 Nr. 1-4 IfSG meldepflichtig ist
Gesundheitliche Schädigung nach Impfung	✓			Bitte gesonderten <a href="#">Meldebogen</a> des Paul-Ehrlich-Instituts nutzen