

Meldeformular

Meldepflichtige Krankheiten gemäß §§ 6, 8, 9 IfSG

Vertraulich

.....
Gesundheitsamt

.....
Straße und Hausnummer

.....
PLZ

.....
Ort

.....
Telefon

.....
(Fax)

Patient/in:

Name: Vorname: Männlich Weiblich Geburtsdatum: [] [] / [] [] / [] [] [] []
Tag Monat Jahr

Hauptwohnsitz: [] [] [] [] [] []
Straße und Hausnummer PLZ Ort

Derzeitiger Aufenthaltsort,
falls abweichend: [] [] [] [] [] []
Straße und Hausnummer PLZ Ort

Meldende Person / Einrichtung:

.....
Name der Einrichtung

.....
Straße und Hausnummer

[] [] [] [] [] []
PLZ

.....
Ort

Meldende Person:.....

Telefonnummer:.....

Datum: [] [] / [] [] / [] [] [] []

Meldepflichtige Krankheit (Bitte entsprechend Verdacht, Erkrankung oder Tod ankreuzen)

Erkrankung	Verdacht	Erkrankung	Tod	Bemerkungen	Erkrankung	Verdacht	Erkrankung	Tod	Bemerkungen
Botulismus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Masern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Cholera	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Meningokokken-Meningitis/Sepsis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Diphtherie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Milzbrand	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Humane spongiforme Enzephalopathie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	außer familiär-hereditärer Formen	Poliomyelitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	als Verdacht gilt jede schlaffe Lähmung, außer wenn traumatisch bedingt
Virus Hepatitis, akute	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Pest	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Hämolytisch-urämisches Syndrom, enteropathisches (HUS)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Typhus abdominalis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Hämorrhagisches Fieber, virusbedingt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Paratyphus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
Tollwut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	auch die Verletzung durch ein tollwutkrankes, -verdächtiges oder -ansteckungsverdächtiges Tier sowie Berührung eines solchen Tieres oder Tierkörpers					
Tuberkulose	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Meldung auch bei fehlendem bakteriologischen Nachweis, wenn vollständige Antituberkulotika-Therapie indiziert					
Mikrobiell bedingte Lebensmittelvergiftung oder akute infektiöse Gastroenteritis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	nur, wenn entweder bei ≥ 2 Erkrankungen ein epidemiologischer Zusammenhang zu vermuten ist oder eine betroffene Person im Lebensmittelbereich tätig ist (§ 42 Abs. 1 IfSG)					
Andere bedrohliche Krankheit*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Erregername (falls bekannt):				
Erkrankungshäufigkeiten*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	≥ 2 Erkrankungen, bei denen ein epidemiologischer Zusammenhang vermutet wird	Erregername (falls bekannt):				

* gem. § 6 Abs. 1 Nr. 5 IfSG

Impfschaden Verdacht **Angaben zur Impfung gem. § 22 IfSG:**

Datum der Schutzimpfung:

|_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|
Tag Monat Jahr

Chargenbezeichnung des Impfstoffes:

Name der Krankheit, gegen die geimpft wurde:

Name und Anschrift des Impfarztes:

.....
.....

Tag der Erkrankung¹: Tag der Diagnose¹:

¹ wenn genaues Datum nicht bekannt ist, bitte den wahrscheinlichen Zeitraum angeben

Verstorben: Nein Ja Wenn ja, Todestag: |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_| Nicht bekannt
Tag Monat Jahr

Wahrscheinliche Infektionsquelle:

Land: Ort:

Bei Tuberkulose:

Geburtsland: Staatsangehörigkeit:

Blutspende in den letzten 6 Monaten²: Nein Ja Nicht bekannt

Organspende in den letzten 6 Monaten²: Nein Ja Nicht bekannt

Gewebespende in den letzten 6 Monaten²: Nein Ja Nicht bekannt

² Angabe nur notwendig bei Krankheiten, die durch Blut oder Gewebespende übertragen werden können

Aufenthalt/Überweisung/Aufnahme in Krankenhaus oder andere Einrichtung der stationären Pflege (soweit bekannt):

Nein Ja, Wenn ja, wo: |_|_|_|_|/|_|/|_|
PLZ Ort

Aufnahme am: |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|
Tag Monat Jahr

Entlassung am: |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|
Tag Monat Jahr

Tätigkeit oder Betreuung in Gemeinschaftseinrichtungen oder im Lebensmittelbereich:

- Tätigkeit des/der Erkrankten in medizinischen Bereichen oder Gemeinschaftseinrichtungen (z.B. Schule, Kinderkrippe, Heim, sonstige Massenunterkünfte § 36 Abs. 1 oder 2 IfSG)
- Tätigkeit des/der Erkrankten im Lebensmittelbereich (nur bei akuter Gastroenteritis, akuter Virushepatitis, Typhus, Paratyphus, Cholera) (§ 42 Abs. 1 IfSG)
- Erkrankte/r wird in Gemeinschaftseinrichtung für Kinder oder Jugendliche betreut (z.B. Schule, Kinderkrippe, § 33 IfSG)

..... |_|_|_|_|/|_|/|_|
Ort der Einrichtung/Betriebes PLZ

Labor/Untersuchungsstelle, das/die mit der Erregerdiagnostik beauftragt wurde:

.....
Name des Labors

..... |_|_|_|_|
Straße und Hausnummer PLZ Ort Telefonnummer

= bitte Feld ankreuzen, falls zutreffend