

# Meldeformular -Vertraulich-

## Meldepflichtige Krankheit gemäß § 6 IfSG

Datum der Meldung: .....

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

**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: .....

Name, Anschrift, Kontaktdaten der Einrichtung/ des Unternehmens: .....

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

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

|  |  |
|--|--|
| <input type="radio"/> Es wurde ein Labor mit der Erregerdiagnostik beauftragt<br><small>(Name, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse)</small> | <input type="checkbox"/> unverzüglich an zuständiges Gesundheitsamt melden<br><a href="https://tools.rki.de/PLZTool/">(https://tools.rki.de/PLZTool/)</a> :<br><small>(Name, Anschrift, Telefonnummer, E-Mail-Adresse)</small> |
|--|--|

Version 01.07.2021

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